**保険講習会講師派遣依頼書**

このたび、左記により　　　　　　　　　　　　　　を開催致しますので保険委員派遣についてご斡旋下さいますようご依頼申し上げます。

記

一．支　部　　　　　　　　　支部

一．日　時　　平成　　年　　　月　　日　　曜日

　　　　　　　　　　　　　　　（午前・午後）　　時　　分～　　時　　分

一．会場名

　　所在地

　　電　話

一．希望講師名（＊ご指名のある際にご記入下さい。）

一．参加者予定人数　約　　　　名

一．支部長名　氏名

住所

電話

一．担当者名　氏名

住所

電話

役職

平成　　年　　月　　日

日本大学歯学部同窓会東京都支部連合会

会長　植　田　光　治　殿