**滋賀県立小児保健医療センター小児アレルギー関係者相談窓口**

**（保健指導部）　宛て**

**ＦＡＸ：０７７－５８２－６３０４　　ＭＡＩＬ：　div-allergy@mccs.med.shiga-pref.jp**

小児アレルギー疾患研修会講師紹介相談票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　代表施設名団体名等 |  | 住　所 | 〒 |
| ＴＥＬ |  |
| 担当者名（職名） | （　　　　　　　　） | ＦＡＸ |  |
| ＭＡＩＬ（携帯不可） |  |

＊上記記入を必ずお願いします。（ＦＡＸ、メールアドレスはどちらかで可）

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼講演内容 |  |
| 対象職種 |  |
| 予定参加人数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 希望開催日時 | （候補日）（希望時間帯）　＊できるだけ複数候補日をご記入ください。 |
| 開催予定場所 |  |
| （合同開催の場合）上記代表施設以外の参加施設 |  |
| 備考 |  |
| ご希望の回答方法 | * ＦＡＸ　　　　　□　メール
 |

＊講師派遣の対応数には限りがありますので、研修参加予定人数が２０名以上を条件とします。

＊講師紹介後は講演内容、詳細な日程調整等は直接講師と行ってください。

＊講師の交通費はご負担をお願いします。講師謝礼については直接講師とご相談下さい。