

センター長	学務部長	課長	係員

平成 年 月 日

災害時地域医療支援教育センター長 様

所 属： \_\_\_\_\_

責 任 者： \_\_\_\_\_ 印

事務担当者名： \_\_\_\_\_

電 話 番 号： \_\_\_\_\_

Eメールアドレス： \_\_\_\_\_

## 災害に関する講演(施設見学)依頼

下記により災害に関する講演を聴講したいので、ご承諾くださいますよう、お願いいたします。

希望日時 (半角入力)	平成 年 月 日 ( ) : ~ :
希望開催場所	<input type="checkbox"/> 災害時地域医療支援教育センター <input type="checkbox"/> その他 ( )
団 体 名	
受講目的	
受講人数 (職種など)	名 ( )
内 容	① 講演の内容について希望がありますか？ ② 講演と合わせて施設見学を希望されますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ③ その他の希望

- ① 施設の使用にあたっては、破損に十分注意し、万一破損、または滅失したときは、それにより生じた損害を賠償していただきます。また施設使用に伴う事故、傷害等に関して大学は一切の責任を負いません。
- ② 講演の日程は、学内行事を優先させていただきます。
- ③ 見学の受け入れは、原則、平日とさせていただきます。休日をご希望の場合はお問い合わせください。

**【提出先】**

災害時地域医療支援教育センター  
〒028-3694 岩手県紫波郡矢巾町西徳田2-1-1  
電 話 : 019-651-5110(内線 5576、5567)  
F A X : 019-611-0876