派遣依頼（様式2）

　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　病院

施設長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　看護出前講座の講師について（依頼）

　　時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

　このたび、長野県看護協会の「看護の力で信州健康応援プロジェクト」に参加し、

当施設で、看護出前講座を開催したいと思います。

　つきましては、貴院の　　　　　　　　　　　　　　様に、講師として

　下記の通り、ご派遣下さるようご配意の程、よろしくお願い致します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１　日時　　　　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　時　　分

　２　会場　　施設の場所（建物の名称）　研修会場名

　３　対象　　参加予定数　　　　　名

　４　内容　　研修テーマ

　５　謝金　　5,500円　　交通費　実費　（長野県看護協会の規定額での支払い）

　　　　　　　　　または、貴施設の規定に準ずる。

６　その他

　　　謝金・交通費のお支払いは、個人か法人口座へのお支払いか、振込口座の

確認をさせて頂きます。

施設名：

担当者名：

電話番号：

派遣依頼（様式3）

　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　病院

○○看護認定/専門看護師

　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　看護出前講座の講師について

　　時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

　このたび、当施設では、長野県看護協会の看護出前講座を開催したいと思います。

　つきましては、ご多忙中恐縮ですが、下記の通り講師をお願い致します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１　日時　　　　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　時　　分

　２　会場　　施設の場所（建物の名称）　研修会場名

　３　対象　　参加予定数　　　　　　名（職種　　　　　　　　）

　４　内容　　研修テーマ

　５　謝金　　5,500円　　交通費　実費　（長野県看護協会の規定額での支払い）

　　　　　　　　　または、貴施設の規定に準ずる。

６　その他

①謝金・交通費のお支払いは、個人か法人口座へのお支払いか、ご確認をお願いします。

　　②出前講座の資料は、開催日の1週間前までにお送り下さい。（こちらで印刷準備）

　　③プロジェクター、パソコン、スクリーンは準備しておきます。

　　④当日は、開始30分前までには、当施設　　　　　へお越し下さい。

　　　駐車場の場所：（　　　　　　　　　　　）

施設名：

担当者名：

電話番号：

E-mail：