**保険講習会講師派遣依頼書**

このたび、左記により保険講習会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　　令和　　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

令和　　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