NPO法人 日本コンチネンス協会首都圏支部　出前講座依頼書

依頼主	団体名			
	担当者名			
依頼主住所				
連絡先 TEL		FAX		
e-mail				
希望日時 （できれば複数）	①　　年　月　日（　）　時　分～　時　分 ②　　年　月　日（　）　時　分～　時　分 ③　　年　月　日（　）　時　分～　時　分			
講義の 希望内容	1）中高年女性の失禁　2）高齢者の失禁・排泄ケア ＊具体的に			
対象者・人数	一般 ・ 専門職 （いずれかに〇）　　名 予定 ＊具体的に			
講義場所				
使用可能機器	パソコン／プロジェクター ・その他（　　）			
希望講師名※	（職種:　　）			
その他希望※				

※以外は必須で記入してください。 後日出前講座担当者よりご連絡いたします。　1307

送付先 FAX　:　050-3488-1879　　E-mail　:　jimukyoku@continence.serio.jp