

(株) アスム療育・研修センター 講演等依頼書

下部のお問い合わせメールアドレスに送付いただきますようお願いいたします。

申込日： 年 月 日 ()

名 称		
開催趣旨		
内 容	原則2時間以上の内容から受付いたします。 (講 演 研 修 その他：) 参加者総数： 名程度	
対象者	保護者 保育士 幼稚園教諭 教員 施設指導員 保健師 その他：	
会 場	会 場 名： 会場住所：	最寄り駅： (電車 地下鉄 バス)
開催希望日	第1希望： 年 月 日 () 時 分 ~ 月 日 () 時 分 第2希望： 年 月 日 () 時 分 ~ 月 日 () 時 分 第3希望： 年 月 日 () 時 分 ~ 月 日 () 時 分	
	講師会場入り時刻： 時 分まで	
資料・備品等	資料印刷： 主催者 ・ アスム (資料印刷がアスム準備の場合は別途費用) 備品準備： 主催者 ・ アスム (プロジェクター、スクリーンが弊社準備の場合は別途費用) (ホワイトボード プロジェクター スクリーン パソコン その他：)	
支払等	後日、お見積りを送付いたします。 ※交通費は別途請求させていただきます。 宿泊： 有 ・ 無 (講師料について、講師個人への支払ではなく会社への支払となります。お支払いは銀行振入のみとさせていただきます) 振込先：七十七銀行 榎木支店 普通 9101896 カ)アスムリョウイクケンゴウセンター (株式会社アスム療育・研修センター)	
依頼者連絡先	事業所/団体名： 住 所：(〒 -) 電 話： F A X： 携 帯： メー ル：	部署/担当者名：
備 考		

問合せ先：アスム療育・研修センター TEL 0224-87-8220

MAIL infotop@asem-center.net WEB <http://www.asem-center.com/>

弊社記入欄 受注日： 年 月 日 担当者： _____ 備考： _____