

講演依頼書

国立ハンセン病資料館館長 殿

西暦 年 月 日

※この依頼書は仮予約のお申込みになります。詳細は決定後にメール等でお知らせします。

団体・学校名	
連絡先	住所：〒 TEL： FAX： E-mail：
担当者名	(当日連絡用電話番号：)
開催日	第1希望：西暦 年 月 日 () 第2希望：西暦 年 月 日 () ※休館日（祝日を除く月曜日、祝日の翌日にあたる平日）はできるだけ避けてお申込みください。
講演時間	時 分 ～ 時 分 (実講演時間 時間 分)
実施方法	<input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> オンライン (zoom 等で実施) <input type="checkbox"/> 録画 (事前に収録した講演動画を DVD、YouTube 等で視聴) (<input type="checkbox"/> に✓を入れてください)
聴講者	属性： (例：「市民」、「小学6年生」など) 人数：
開催場所 ※	施設名称： 施設住所： TEL：
使用可能な機材 ※	<input type="checkbox"/> パソコン (パワーポイント) <input type="checkbox"/> プロジェクター・スクリーン <input type="checkbox"/> 放送設備 (マイクなど) <input type="checkbox"/> レーザーポインター (<input type="checkbox"/> に✓を入れてください)
旅費支給の有無 ※	<input type="checkbox"/> 交通費支給 <input type="checkbox"/> 宿泊費支給 ※講師謝金は不要です (支給していただける場合は <input type="checkbox"/> に✓を入れてください)

- ・10名様以上でお申し込みください。
- ・※印の欄は対面での実施を希望される場合のみご記入ください。

【お問い合わせ】 国立ハンセン病資料館 事業部社会啓発課 (大高・金^{きん}・牛嶋)

〒189-0002 東京都東村山市青葉町 4-1-13 TEL 042(396)2909 (代表) FAX 042(396)2981