

# 講演依頼書

国立ハンセン病資料館 館長 殿

西暦 2025年 月 日

※この依頼書は仮予約のお申し込みになります。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: Email:
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)のお申込みはできません(録画対応を除く)
講演時間	時 分 ~ 時 分 (実講演時間 分) ※開始時刻8時30分、終了時刻18時30分までの範囲でお申込みください(録画対応を除く)
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(事前収録の動画を視聴。担当者にご相談ください)
聴講者	属性： (例：「市民」、「職員」、「小学6年生」など) 人数： 人
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
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

- ・□に✓を入れてください。
- ・※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。
- ・10名様以上でお申し込みください。
- ・講師のご指名は受け付けておりません。お申し込み後に講師を決定しお知らせします。
- ・都合により当日の講師が変更となる場合があります。

【お問い合わせ】 国立ハンセン病資料館 事業部 社会啓発課 (おたか きん うしじま) (大高・金・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