**性に関する講演　申込に対する返信**

様式２

年　　月　　日

ご担当

　　　　　　　　　　先生

医師氏名

開催日時について

□　第１希望日時

□　第２希望日時　　　　この日程でお引き受け可能です。

□　第３希望日時

　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　□　お引き受けできません。

講師依頼状について

　□　必要なので医療機関宛に郵送してください。

　□　不要です。

　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

今後のやり取りについて

　□　E-mailを希望します。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　宛てに

一度テストメールをお送りください。）

　□　Faxを希望します。

　□　電話を希望します。（　　　曜日の　　　時頃だとつながりやすいです。）

　　　　　　　　　 　　（職員の　　　　に要件をお伝えください。）

その他、連絡事項

|  |
| --- |
|  |