

性に関する講演 申込に対する返信

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
- 第3希望日時
- その他 ()
- お引き受けできません。
- この日程でお引き受け可能です。

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