

講師派遣・講師依頼

拝啓 時下ますますご清栄のことお慶び申し上げます。各法人・各団体様から、施設研修ご依頼を承っています。下記指定の空欄にご記載をお願いします。

ご指定の講師希望や、研修会・勉強会内容がございましたら、特記事項にご記載頂き FAX もしくは郵送にてお申込みください。

講師料金に関しては、追ってメール連絡にて相談・決定したく存じます。

敬具

年 月 日

委託者 (甲)	住 所		印鑑
	社名・団体名		
	代表者		
	連絡アドレス		

No	条項	内容
1	講義・研修依頼内容	①
		②
		③
2	ご依頼希望日時	年 月 日 ～ 年 月 日 (日 間)
3	解 約	甲及び乙は、契約期間中であっても、6カ月前に相手方に書面で通知することにより、本契約を解除することができる。
4	講師料	後日メール連絡にて、要相談
5	支払方法	甲は、乙の指定する金融機関に振込むものとする。なお、振込手数料は、甲の負担とする。
6	守秘義務	乙は、本契約の業務遂行によって知り得た一切の情報について、甲の承諾なしに第三者に開示してはならない。
7	その他、特記事項	

住所・連絡先

住所：〒大阪府大阪市中央区瓦町4丁目3番2号本町UMビル4階

連絡先：06-4708-7174

FAX : 06-4708-7174

一般社団法人 脳科学リハビリテーション協会