講 師 派 遣 依 頼 書

令和　　　年　　　月　　　日

健康医療対策課

健康増進担当課長　様

グループ名

代表者住所

氏名

連絡先

下記のとおり研修会を計画しましたので、担当職員の派遣をお願いいたします。

記

1. 派遣日
2. 研修時間
3. 開催場所
4. 内容
5. 参加予定人数　　　　　　　　　　　（内65歳以上人数　　　　 人）

下記は健康医療対策課の担当が記入します。

|  |  |
| --- | --- |
| **当日準備・持参するもの** |  |
| **担当** |  |