

地域リハビリテーション活動支援事業 講師派遣申請書

年 月 日

(あて先) 掛川市長
(長寿推進課取扱)

所在地 掛川市
申請者 名 称
代表者

下記のとおり講師の派遣をお願いいたします。

<p>1 開催日時</p>	<p>※講師との日程調整のため、必ず、第2希望日まで記入していただくようお願いいたします。基本は第4または第5水曜午前中の1時間程度とします。</p> <p>《第1希望日》 年 月 日 () 午前 : ~ :</p> <p>《第2希望日》 年 月 日 () 午前 : ~ :</p>
<p>2 依頼内容</p>	<p>※リハビリ専門職に相談したい内容・研修をしてほしい内容を記入してください。</p>
<p>3 連絡先</p>	<p>《担当者氏名》 《連絡先》TEL : — — FAX : — —</p>
<p>4 備考</p>	

※事務処理欄※

講師派遣決定通知

上記申請について、以下のとおり講師の派遣を決定いたします。

講師氏名 :

派遣日程 :