

様式第 1 号

介護予防講師派遣事業申請書

令和 年 月 日

三島市長寿政策課長 宛て

住 所
申請者 団 体 名
代表者名
電 話

下記内容の講座の実施にあたり、講師の派遣を依頼します。

| | |
|--|---|
| 実 施 日 時 | 令和 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分 ～ 午前 ・ 午後 時 分 |
| 実 施 場 所 | |
| 依 頼 団 体 の 活 動 内 容 | |
| 講 座 の 内 容 | |
| 対 象 者 | |
| 参 加 予 定 人 数 | 人 |
| そ の 他 | |
| 派 遣 を 希 望 す る 講 師 名 | 氏名 職名または専門とする講座 |