

.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