

様式第3号

介護予防講師派遣事業報告書

令和    年    月    日

三島市長寿政策課長    宛て

住    所  
団 体 名  
代表者名  
電    話

下記内容で講座を実施しましたので、報告いたします。  
※講座の様子について、写真(プリンタで印刷したものでも可)を添付してください。

参 加 人 数	人
内 容	

※講師料の振り込みに使用しますので、下位の項目をもれなく記載してください。

フリガナ												
氏 名												
郵便番号				-								
住 所												
生年月日	昭和 ・ 平成                      年                      月                      日											
口 座	金融機関コード					支店コード						
	金 融 機 関 名					支 店 名						
	種                      別					口 座 番 号						
	名義 (カタカナ)											

