

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)											

