

様式第 1 号（第 5 条第 1 項関係）（用紙 日本産業規格 A 4 縦型）

伊豆の国市介護予防専門職派遣申請書

年 月 日

伊豆の国市長 宛

(申請者)
団 体 名
所 在 地
代 表 者
担 当 者
電話番号

次のとおり、専門職の派遣を希望します。

派遣希望 日時	第 1 希望	年 月 日 () 時 分～ 時 分			
	第 2 希望	年 月 日 () 時 分～ 時 分			
	第 3 希望	年 月 日 () 時 分～ 時 分			
場 所		(施設名等)	参集 予定人数	人	
		(住所) 伊豆の国市			
派遣を希望する 専門職		☐ 理学療法士 ☐ 作業療法士 ☐ 言語聴覚士			
希望内容等 (専門職に指導・ 助言を希望する内容 や講座のテーマ等)					
団体活動内容					

※必要に応じて、参考となる書類を添付してください。