|  |  |
| --- | --- |
| 様式第１号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）  介護予防専門スタッフ派遣申請書  　　　年　　月　　日  伊豆の国市長　あて  　　　　 　名　　称  団 体 名  代表者名  電話番号 | |
| 活動目的 |  |
| 希望講義内容  （具体的にどんなことをして欲しいか記入してください） |  |
| 派遣希望年月日  及び  実施時間 | 年　　月　　日（　　）  午前・午後　　時　　分～午前・午後　　時　分まで |
| 派遣希望場所 |  |
| 備　　考 | ＊中止の場合は事前に連絡します。 |