|  |
| --- |
| 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。 |