

# 講 師 派 遣 申 請 書

電話番号

|                                                         |                                                                |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| テーマ                                                     |                                                                |
| 日時                                                      | 月 日 ( ) 時 分 から<br>時 分 まで                                       |
| 場所                                                      |                                                                |
| 講師<br>※該当する区分を選んでください。<br><input type="checkbox"/>      | 医師 ・ 歯科医師 ・ 歯科衛生士 ・ 保健師 ・ 栄養士<br>健康運動指導士 ・ スポーツ推進委員<br>その他 ( ) |
| 出席予定者                                                   | 人                                                              |
| 単独・合同の別<br>※該当する区分を選んでください。<br><input type="checkbox"/> | 町名または地区名<br>単独 ・ 合同 ( )                                        |

|        |    |    |
|--------|----|----|
| ※ 講師名  | 職種 | 氏名 |
| ※ 連絡事項 |    |    |

※ は記入しないでください。