

事務局長	課長補佐	係長	係員	地区担当

令和 年 月 日

講 師 派 遣 申 請 書

申請者

町内または地区名

保健推進員 氏名

電話番号

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

(注) 「単独・合同の別」は、単独町内か複数町内かを表示してください。

※ 講師名	職種	氏名
※ 連絡事項		

※ は記入しないでください。