

介護予防地域交流事業講師依頼書

小諸市社会福祉協議会長

申請日 平成 年 月 日

申請者 区名_____ 役職_____

氏名_____

住所_____

電話_____

地区において介護予防地域交流事業を開催しますので、下記により講師を依頼します。

開催日時	平成 年 月 日 ()			時 分 ~ 時 分
会場		参加予定人数		名
希望講師				
内容				
変更する場合	講師：		日程：	
<input type="checkbox"/> 講師からの問合せ先の変更 (申請者以外を希望する場合のみ記入)	役職_____ 氏名_____			
<input type="checkbox"/> 送付先変更(区長以外希望の場合)	住所_____		電話_____	
《備考》				

注1：事業内容に合わせて講師を選定します。内容はできる限り具体的にご記入ください。

注2：講師の希望がある場合は講師名をご記入ください。

注3：講師の都合が付かない場合、日程・講師等について地区と調整をさせていただくことがあります。変更時に優先する希望があればご記入ください。

※小諸市社会福祉協議会 使用欄

受付日	講師依頼日	講師決定日	通知送付日	地図	講師謝礼金額	地区担当者
				要・不要		