

令和 年 月 日

長寿包括ケア課長

学校名(団体名)

代表者名

職員派遣について(依頼)

このたび、次のとおり「認知症こどもサポーター養成講座」を開催したいので、貴所属職員を派遣くださるようお願いいたします。

記

1	日時	令和 年 月 日( ) 時 分から 時 分まで		
2	場所			
3	参加予定人員	名 ( 年生)		
4	内容	認知症こどもサポーター養成講座		
5	物品 (該当に○)	椅子: あり・なし	机: あり・なし	駐車場: あり・なし
		プロジェクター: あり・なし	ホワイトボードまたは黒板: あり・なし	
6	その他 特記事項			
7	連絡先	担当者名:	電話:	
		住所: 前橋市		

※必要事項について記入してください。