

令和 年 月 日

長 寿 包 括 ケ ア 課 長

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		
4	内 容	認知症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。