

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	会場:		
		会場住所:		
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:	
		メールアドレス:		

※必要事項について記入してください。