

前橋市長 様

前橋市

地区保健推進員会

会 長 _____

(電 話 : _____)

保健推進員地区組織活動における職員派遣について(依頼)

このたび、次のとおり本保健推進員会の事業を実施いたしたく、貴所属職員を派遣くださるよう、お願いいたします。

記

| | |
|-------------|--|
| 事業内容 | |
| 日にち | 令和 年 月 日 () |
| 時 間 | 時 分 ~ 時 分 |
| 場 所 | |
| 派遣職員 | <input type="checkbox"/> 健康増進課保健師 <input type="checkbox"/> こども支援課保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他職員 () |
| その他 特記事項 | <input type="checkbox"/> 健康運動指導士※ <input type="checkbox"/> その他 () |

※健康まえばし21推進事業での健康運動指導士の派遣は2年に1回です。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

前橋市長 様

前橋市 〇〇〇 地区保健推進員会

会 長 前橋 花子

(電 話 : 〇〇〇-△△△-〇〇〇〇)

保健推進員地区組織活動における職員派遣について(依頼)

このたび、次のとおり本保健推進員会の事業を実施いたしたく、貴所属職員を派遣くださるよう、お願いいたします。

記

| | |
|-------------|---|
| 事業内容 | のびゆくこどもの集い 文化祭 健康まえばし21推進事業 |
| 日にち | 令和〇〇年 9 月 20 日 (土) |
| 時 間 | 9 時 30 分 ~ 10 時 30 分 |
| 場 所 | 〇〇小学校 〇〇公民館 |
| 派遣職員 | <input checked="" type="checkbox"/> 健康増進課保健師 <input checked="" type="checkbox"/> こども支援課保健師 <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他職員 () |
| その他 特記事項 | <input type="checkbox"/> 健康運動指導士※ <input type="checkbox"/> その他 () |

※健康まえばし21推進事業での健康運動指導士の派遣は2年に1回です。