第１号様式（第６条関係）

大磯町地域介護予防活動講師派遣事業申請書

年　月　日

大磯町長　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　代表者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者電話番号

次のとおり、講師派遣を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 開催希望日 | 年　　月　　日（　　） |
| 希 望 時 間 | 午前・午後　　　時　　　分から  午前・午後　　　時　　　分まで |
| 予　定　会　場 |  |
| 希　望　職　種 | 保健師・栄養士・看護師・歯科衛生士・理学療法士  健康指導士・その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 希　望　内　容 |  |
| 参加対象者 |  |
| 参加者予定数 |  |
| 備　　　考 |  |