

職員派遣申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人
浜松市社会福祉協議会 会長 様

郵便番号 〒 —

住 所

団 体 名

申込者

代表者名

電 話 — FAX —

講師・職員派遣を次のとおり申し込みます。

希 望 内 容	
希 望 日 時	令和 年 月 日 (曜日)
	午前・午後 時 分 ~ 時 分
予 定 会 場	会場名 電話 —
	所在地
参加予定人数	人 (男 人・女 人)
打ち合わせ 担当者	氏名 電話 —
具 体 的 内 容 特に希望すること等	

職 員 名	
-------	--

上記の申請に基づき、職員の派遣をいたします。

常務理事	事務局長	課長 センター長	係長 所長等	課僚	係	受付日	・	・
						区 分	窓口・FAX・その他	