健康づくり支援事業

講師派遣申請書

令和　　年　　月　　日

地区老連名

電話番号

下記のとおり、事業を開催致しますので講師を派遣もしくは、選定した講師に対する費用負担をお願いします。

記

１．申請先（地区市町村老連）　　　　　　　　担当：

２．事 業 名：

３．開催日時：

４．開催場所：

５．参加人数：

６．講師（派遣してほしい内容もしくは、選定した講師の氏名）

７．事業内容