

講師派遣申込書

令和 年 月 日

保健センター所長 様

申請者住所 大垣市 町

団体名

氏名(担当)

電話番号

次のとおり講師（保健師・管理栄養士・歯科衛生士・理学療法士）の派遣をお願いします。

派遣日時	令和 年 月 日 ()	午前 : ~ 午後 :
派遣場所		
講演等の 内容・対象者		
参加人数	人	
備考		