講　師　派　遣　依　頼　書

令和　　　年　　月　　日

三豊市　健康福祉部　健康課長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　（依頼者）

地域団体・会社等名

住所

代表者

TEL

|  |  |
| --- | --- |
| 希望日時 | 令和　　 年　　 月　　 日（　 　曜日）　　時　　　分　　～　　　時　　　　分 |
| 開催場所 |  |
| 参加予定人数 | 　　　　　　　　　　　人 |
| 参加対象者(年齢層・性別など) |  |
| 講座テーマ番号* 表の7-1～7-7番から選択
 |  |
| その他(ご要望等) |  |

* 希望日の2か月前までに健康課へご提出ください。（郵送、FAX、メール可）
* 健康課から日程調整のご連絡をさせていただき、日時を決定します。
* 1団体につき、年間2回までご利用できます。
* 申込み状況などにより、ご希望に添えない場合もありますので、あらかじめご了承ください。
* 政治・宗教・営利を目的とする場合や、苦情や個別相談等を目的とする場合などは利用できません。