|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 室長 | 係長 | 係員 |
|  |  |  |  |

保健師　派遣申請書

栄養士

歯科衛生士

　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　市民生活課長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申 請 者　　　　　　　　　　　　　印

下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 行事の名称 |  |
| 日時 | 令和　　年　　月　　日（月・火・水・木・金）　　　　　　　　　　　　　　　　※祝日はお受けしていません。開始　　　時　　分　～　終了　　　時　　　分 |
| 講話時間 | 　　　　　　　　 |
| 場所 | 豊後大野市　　　　　町 |
| 対象者 |  |
| 参加予定者 | 　　　　　　　　　　名 |
| 内容 |  |
| 経費負担（調理実習賄材料費等） |  |
| 連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　電話　　　－　　　　－ |

**※健康教室の依頼は、原則、土・日・祝日はお受けしておりません。**

上記について派遣してよいか伺います。

令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　市民生活課　健康推進室