

会長	事務局長	総務課長	地域在宅福祉課長	総務課長補佐	地域在宅福祉課長補佐	係

令和 年 月 日

始良市社会福祉協議会

会長 様

代表者名 _____ 印

連絡先 TEL -

下記の内容にて、始良市社会福祉協議会職員の派遣・協力を依頼します。

記

《職員派遣依頼申請書》

団体名	
依頼日時	令和 年 月 日 ()
	時 分 ～ 時 分
実施場所	
参加者数	予定人数 () 人
依頼内容	※依頼する内容に○をしてください。 非常食炊き出し訓練 ・ 各種講話 ・ 疑似体験 その他（体験セット内容など）