

介護保険制度出張講座申込書

(兼職員派遣決定通知書)

団体名等		代表者	
連絡先住所	〒 TEL ()		
出席予定人数	人		
会合の内容			
希望日時	第1希望 令和 年 月 日(曜日) : ~ : 第2希望 令和 年 月 日(曜日) : ~ :		
会場	決定 予定		
その他	特に聞きたいことがあれば、記入してください。		

注意

- ・収益事業として実施される会合や特定の政治・宗教の表現を目的する会合は対象となりません。
- ・要望や苦情だけを一方的にお聞きする場ではありませんので、その旨ご理解ください。
- ・日時についてはご希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。

< 市記入欄 >

上記の申込について、下記のとおり決定いたしましたのでお知らせいたします。

令和 年 月 日 : ~ : 職員を派遣することを承認しました。	
次の理由で、職員の派遣を行えません。 (理由)	
	担 当