

(様式4)

「通いの場」健康・ケアアドバイザー（講師）派遣依頼書

年 月 日

碧南市長様

団 体 名 _____

代表者住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

次のとおり健康・ケアアドバイザー（講師）を依頼します。

希望日時	【第1希望】 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分
	【第2希望】 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分
場 所	
当日の活動内容	
講師派遣 希望内容	
参加予定人数	
備考	