「わたしの町の看護師さん」等派遣依頼申請書

　　年　　月　　日

大田市長　殿

申請団体

代 表 者　　　　　　　　　　　　　　－

住 所

電話番号　　　　　　　　　　　　　　－

下記の事業を実施しますので、「わたしの町の看護師さん」登録者等の派遣を依頼します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業名 |  |
| 開催目的 |  |
| 日時 |  |
| 場所 | 住所：名称： |
| 参加予定人数 |  |
| 派遣依頼人数 | 　　人 |
| 派遣登録者の業務内容 |  |
| 備考 |  |

※派遣依頼の申請は、原則として、派遣を受けようとする日の2ヶ月前までに行ってください。

※派遣内容に関する資料等がある場合は、添付してください。