

「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。