様式第1号（第5条関係）

出雲市地域リハビリテーション活動支援事業専門職派遣依頼書

　　年　　月　　日

出　雲　市　長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

次のとおり、専門職の派遣を依頼します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 希望日時 | 第1回 | 第2回 | 第3回 |
| 【第1希望】　年　月　日（　）　　　　時　　　分 | 【第1希望】　年　月　日（　）　　　　時　　　分 | 【第1希望】　年　月　日（　）　　　　時　　　分 |
| 【第2希望】年　月　日（　）　　　　時　　　分 | 【第2希望】年　月　日（　）　　　　時　　　分 | 【第2希望】年　月　日（　）　　　　時　　　分 |
| 場所 |  |  |  |
| 希望の専門職 |  |  |  |
| 参加人数予定 |  |  |  |
| 備考 |  |  |  |

|  |
| --- |
| 市役所記入欄 |
| 派遣専門職 | 第1回 | 第2回 | 第3回 |
|  |  |  |