別記第９号様式（第９条関係）

益城町介護予防活動支援講師派遣事業介護予防活動支援講師派遣依頼書

年　　月　　日

益城町長　様

団体名
代表者名

介護予防活動支援講師の派遣を希望しますので、益城町介護予防活動支援講師派遣事業実施要綱第９条の規定により、下記のとおり依頼します。

記

<table>
<tr><td>派遣を受ける目的</td><td colspan="2">□：運動器の機能向上　□：低栄養改善
□：口腔機能向上　□：認知症予防
□：その他（　　）</td><td>参加予定人数</td><td>人</td></tr>
<tr><td colspan="5">希望する内容</td></tr>
<tr><td rowspan="3">介護予防プログラム講座名（番号）</td><td>第１希望</td><td colspan="3">（　　）</td></tr>
<tr><td>第２希望</td><td colspan="3">（　　）</td></tr>
<tr><td>第３希望</td><td colspan="3">（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">日　時</td><td>第１希望</td><td colspan="3">月　　日　　曜日　　時　　分～</td></tr>
<tr><td>第２希望</td><td colspan="3">月　　日　　曜日　　時　　分～</td></tr>
<tr><td>第３希望</td><td colspan="3">月　　日　　曜日　　時　　分～</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

※講師派遣を希望する月の前月の１０日までに提出してください。

以下町記入欄

<table>
<tr><td colspan="2">受　付</td><td>派遣調整日時</td><td>/</td><td rowspan="2">担当</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4"></td><td>団体への連絡</td><td>電話・メール・ファクシミリ・郵送</td></tr>
<tr><td>日時</td><td></td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>連絡先</td><td></td></tr>
<tr><td>相手先担当者</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">決定内容</td><td>講座名(番号)</td><td colspan="3">（　　）</td></tr>
<tr><td>講師氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>派遣日時</td><td colspan="3">月　　日　　曜日　　時　　分～</td></tr>
</table>