**地域講師派遣事業申込書**

赤磐市社会福祉法人連絡会

会員法人　　　　　　　　　　　　　　様

　下記のとおり、講師派遣を願います。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 代表者名 |  |
| 住　　所 |  |
| 電　　話 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 講座内容 |  |
| 派遣日時 | 第１希望 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　： |
| 第２希望 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　： |
| 会 場 名 |   |
| 会場住所 |  |
| 対 象 者 |  | 予定人数 | 人 |
| 特記事項 | （準備可能なもの）例：マイク、パソコン等 |

〈備考欄〉

①開催希望日の3か月前から１か月前までに赤磐市社会福祉法人連絡会事務局（赤磐市社会福祉協議会）へご連絡ください。事務局より各法人へ派遣可能かどうか確認します。

〈確認欄〉

①申込書受付印　　　　　　　②法人確認印