

(様式1)

地域リハビリテーション推進強化事業  
市町等事業支援 依頼書

依頼日 令和 年 月 日 ( )

送信先	宮城県気仙沼保健福祉事務所長 あて (成人・高齢班 扱い)	TEL	0226-22-6614
		FAX	0226-24-4901
		メール	kshwfz-sk@pref.miyagi.lg.jp
担当者	所属	TEL	
	職種 氏名	FAX	

電話連絡の上、太枠内の必要事項をご記入いただき、FAX、郵送または電子メールにてお申込みください。下記の内容をもとに日程、内容を調整します。

団体名					
代表者 氏名					
依頼内容		<input type="checkbox"/> 研修会講師等 <input type="checkbox"/> 事業支援 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
実施理由 希望テーマ 依頼内容 } 等					
日時 (希望日時がある場合)	希望時間	時 分から	時 分まで	希望曜日	
	第1希望	令和 年 月 日 ( )	時 分から	時 分まで	
	第2希望	令和 年 月 日 ( )	時 分から	時 分まで	
実施予定会場					
対象者(所属・職種等)					
参加予定人数					
備考					

【保健福祉事務所記載欄】

実施日	令和 年 月 日 ( ) 時 分から 時 分まで (集合 時 分)	
形式	<input type="checkbox"/> 座学 <input type="checkbox"/> 実技 <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> その他	
準備物	<input type="checkbox"/> パソコン (□持参) <input type="checkbox"/> プロジェクター (□持参) <input type="checkbox"/> 延長コード (□持参)	<input type="checkbox"/> 資料 <input type="checkbox"/> アンケート <input type="checkbox"/> その他
その他	<input type="checkbox"/> 事前打ち合わせの有無・日程 ( 月 日) <input type="checkbox"/> 会場の広さ、駐車場の有無、その他留意事項	



収受日