職 員 派 遣 依 頼 書

令和　　年　　月　　日

瀬戸内市健康福祉部
健康長寿課長　様

代表者住所　瀬戸内市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

このたび、次のとおり「　　」を開催しますので、職員の派遣方よろしくお願いします。

1. 日　時　：令和　　年　　月　　日　　曜日
　　時　　～　　時

2. 場　所　：

3. 内　容　：

4. 参集者（年代・予定人数等）：

5. 当日の責任者　：氏名
　　電話

※以下、健康長寿課記入欄

受付		経過	

備考：事前に健康長寿課の担当者と調整した上でご提出をお願いします。