

専門職派遣申込書

年 月 日

公益財団法人 郡山市健康振興財団 理事長

申請人 住 所
 団体名
 代表者名
 電話番号 (押印不要)

講座等名				
日 時	第1希望	年 月 日 ()	時 分 ~	時 分
	第2希望	年 月 日 ()	時 分 ~	時 分
会 場	会場名		電 話	—
	住 所			
参加者数	人	参加者年代		
打合せ担当者	氏名		電 話	—
主催する講座等 目的・内容	希望する講師職種 : トレーナー 保健師 栄養士 その他()			
※ 講座等の目的、内容については、 どのような方へ、どのような目的で行いたいのか 具体的に記載願います。(希望する講師職種については、○で囲んでください) ※ 公序良俗に反する場合や政治、宗教、営利目的等専門職派遣・教育事業の目的に反すると認められる場合等については、お受けできませんのでご了承願います。				
講師料支払方法	講師料支払方法 口座振替 現金 (該当方法を○で囲んでください) ※恐縮ですが、振替手数料は、貴団体でご負担願います。(口座等は承認通知書記載)			

専門職派遣申込み承認欄(以下は財団処理欄となりますので記載の必要はありません)

部会担当課長	部会長	担 当	講師確認欄