

介護保険制度出張講座申込書

(兼職員派遣決定通知書)

| | | | |
|--------|--|-----|--|
| 団体名等 | | 代表者 | |
| 連絡先住所 | 〒 TEL () | | |
| 出席予定人数 | 人 | | |
| 会合の内容 | | | |
| 希望日時 | 第1希望 令和 年 月 日(曜日) : ~ : 第2希望 令和 年 月 日(曜日) : ~ : | | |
| 会場 | 決定 予定 | | |
| その他 | 特に聞きたいことがあれば、記入してください。 | | |

注意

- ・収益事業として実施される会合や特定の政治・宗教の表現を目的する会合は対象となりません。
- ・要望や苦情だけを一方的にお聞きする場ではありませんので、その旨ご理解ください。
- ・日時についてはご希望に添えない場合もありますので、ご了承願います。

< 市記入欄 >

上記の申込について、下記のとおり決定いたしましたのでお知らせいたします。

| | |
|---|--------|
| 令和 年 月 日 : ~ : 職員を派遣することを承認しました。 | |
| 次の理由で、職員の派遣を行えません。 (理由) | |
| | 担 当 |