**介護予防地域交流事業講師依頼書**

小諸市社会福祉協議会長

申請日　　　　　　年　　　　月　　　日

申請者　　区名　　　　　　　役職

氏名

住所

電話

　地区において介護予防地域交流事業を開催しますので、下記により講師を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 開催日時 | 　　　　年　　　月　　　日（　　　）　時　　　分　～　　　時　　　分 |
| 会場 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 | 参加予定人数 | 名 |
| 希望講師 |  |
| 内容 |  |
| 変更する場合 | 講師： | 日程： |
| □講師からの問合せ先の変更 (申請者以外を希望する場合のみ記入) □送付先変更(区長以外希望の場合) | 役職　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　 |
| ≪備　考≫ |

注１：事業内容に合わせて講師を選定します。内容はできる限り具体的にご記入ください。

注２：講師の希望がある場合は講師名をご記入ください。

注３：講師の都合が付かない場合、日程・講師等について地区と調整をさせていただくこともあります。変更時に優先する希望があればご記入ください。

※小諸市社会福祉協議会　使用欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 講師依頼日 | 講師決定日 | 通知送付日 | 地図 | 講師謝礼金額 | 地区担当者 |
|  |  |  |  | 要・不要 |  |  |