（様式１）

地域リハビリテーション活動支援事業（講師派遣事業）申請書

　　年　　月　　日

 （あて先）

飯能市長

団体名

代表者名

　標記事業につきまして、下記のとおり講師派遣を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 希望日時 | 　　年　　月　　日午前・午後　　　時　　分　から　午前・午後　　　時　　分 |
| 実施場所 | 住所： |
| 参加人数 | 人 |
| 希望実施内容 | (別紙より１つ選択してください。)　Ａ・Ｂプログラム　　　　　　番 |
| その他 | (具体的なご要望があればお書きください。) |

担当者連絡先　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号