

愛知社保協 講師派遣・オルグ要請書

(社保協 FAX 052-889-6931)

申込日:			年	月	日
団体名:				担当者:	
連絡先	TEL:		FAX:		
	Email:				

日 時	
場 所	
目 的	
テ ー マ	
人 数	(準備する資料数:)
その他	※自治体キャラバン学習会(事前・事後含)で、参加者が複数の市町村にまたがる場合、資料準備の都合上、お手数ですが、参加者全ての市町村名をご記入ください。

※太線の枠内に必要事項をご記入ください。

※可能な限り20日前までに申請してください。

※この申請書にあわせて、会議案内・資料・地図などを添付してください。

*以下の項目は、社保協の記入欄になります。ご記入の必要はありません。

派遣者			
受付月日		決定月日	
備 考			