

(様式3)

地域リハビリテーション推進強化事業  
障害児者支援機能強化事業 依頼書

依頼日 令和 年 月 日

送信先	宮城県気仙沼保健福祉事務所長 宛て (成人・高齢班扱い)		TEL	0226-22-6614
			FAX	0226-24-4901
			メール	kshwfz-sk@pref.miyagi.lg.jp
担当者	所属		TEL	
	職名 氏名		FAX	

団体名	
代表者 (職・氏名)	
依頼項目	<input type="checkbox"/> 研修会講師等 <input type="checkbox"/> 事業支援 <input type="checkbox"/> その他 (                      )
依頼内容	<p>.....</p> 記載例) ○○研修会(テーマ「○○○について」)における講義 ○○事業に対する技術的支援
日時	令和 年 月 日 ( ) 時 分から 時 分まで
実施場所	
備考	

電話連絡の上、太枠内の必要事項を御記入いただき、FAX、郵送又は電子メールにてお申込みください。上記の内容をもとに日程、内容を調整します。



收受日