

令和 年 月 日

児童養護施設 天理養徳院  
院長 楠戸貴之 殿

申込団体名 \_\_\_\_\_

ご代表者名 \_\_\_\_\_

### 講師派遣願書

下記の通り、講師派遣をお願い申し上げます。

記

希望日時	<input type="checkbox"/> 指定あり（下記） <input type="checkbox"/> 指定なし（応相談） 令和 年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分
内容	
対象	人数：                    名（おおよそで結構です） ご職種：
会場	名称： 所在地： 連絡先：
お問合せ先	ご所属： ご担当名： ご連絡先 TEL： Mail：
備考	※特定職員のご指名、複数回実施希望等

以上