

令和 年 月 日

児童養護施設 天理養徳院  
院長 久保 悟 殿

申込団体名

代表者名 印

### 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	令和 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分		
場所	会場名： 所在地： 連絡先：		
対象		人数	
主な内容	研修の名称：「 」		
備考			
連絡先	団体名： 電話番号： 担当者名：		

以上