

※申込は実施日の1か月前までにお願いします。

健康教育・健康相談における市職員派遣依頼書

令和 年 月 日

宝塚市健康推進課長様

グループ・団体名 _____

代表者住所 _____

氏名 _____

申請者住所 _____

氏名 _____ 電話 _____

市職員の派遣について、次のとおり依頼します。

行 事 の 名 称	
行 事 の 目 的	
日 時	令和 年 月 日 () 午前・午後 ~ ※月～金(祝日、年末年始を除く) 10時～16時の時間帯でお願いします。
場 所 (住 所)	
参加予定人数	人
当 日 責 任 者	電話() -
職 種	スポーツ推進委員 栄養士 歯科衛生士 保健師 その他()
依 頼 内 容	(具体的にご記入ください)
備 考	添付書類 有・無

健康推進課記入欄

上記のとおり を派遣します。

受 付

課 長	係 長	係	起 票	健教担当欄

☐ スケジューラー登録
チェック (起票者)

依頼を受けた小学校区
【 】小学校区

【受付 No】