

講師派遣申請書（依頼）

受付日 令和 年 月 日

依頼人	氏名 (団体名称)	
	住所	〒
	TEL	
	FAX	
	日時	年 月 日 () 時 ~ 時
	場所 (会場)	〒 TEL
	事業名	
	内容	
	対象者	() 名

※ 下記のとおり講師を派遣いたします。
尚、詳細につきましては講師と打ち合わせをお願いいたします。

講師	講師名	
	役職	
	連絡先	

令和 年 月 日 受付： 中尾

〒 861-8046

熊本市東区石原2丁目9番1号

熊本県レクリエーション協会

TEL： 096-380-6662

FAX： 096-380-6686