

年 月 日

(公社) 茨城県歯科衛生士会  
会長 岩村 昌子

名称  
代表者名 印

## 講師依頼について

標記の件につきまして、下記の要領で講師（歯科衛生士）の派遣をお願い致します。

### 記

- 1 依頼日 年 月 日 ( )
- 2 時間 : ~ :
- 3 場所 名称  
住所 〒  
TEL・FAX  
(担当者名)
- 4 事業名
- 5 目的 (内容)
- 6 対象者 (幼児、児童、生徒) 名 (保護者) 名
- 7 派遣衛生士人数 名
- 8 派遣料 (旅費交通費を含む) 円
- 9 その他