

つくば市長 宛て

子育て出前講座の依頼について

依頼者(団体)名 _____

下記のとおり、依頼をいたします。

記

※太枠内をご記入ください。

希望コース	健康講座	栄養講座	歯科講座
希望講座内容	番号: _____ 内容: _____		
希望日時	① 月 日 時 分～ 時 分	② 月 日 時 分～ 時 分	③ 月 日 時 分～ 時 分
会場			
団体名			
対象者数	保護者 名(男性 名、女性 名) 子ども 名(乳児 名※年齢 ヶ月中心、幼児 名※ 歳中心)		
代表者名			
日中の連絡先	電話番号 ()		
確認事項	<input type="checkbox"/> 営利団体ではありません。 <input type="checkbox"/> 保護者が5名以上参加します。		
その他			

※受付者記入欄

受付窓口	受付日	講座担当
こども未来センター 保健センター(桜・谷・大) (受付者:)	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> FAX	桜・谷・大・こ ※受付窓口と講座担当が異なる場合には、講座担当に依頼書原本を送付

※講座担当処理欄

所属長	担当者		
		※講座担当保健センターでの回覧後、依頼書の写しを事業主担当へ送付	
実施日	月 日 時 分～ 時 分	保 ()	栄 () 歯衛 ()
代表者への決定日時連絡 <input type="checkbox"/> 済 月 日 伝えた内容:	担当者への決定日時連絡 <input type="checkbox"/> 済 月 日 参加要請: <input type="checkbox"/> 済	媒体予約 <input type="checkbox"/> 済 月 日 媒体借用日: 月 日 媒体返却日: 月 日 媒体名: その他必要物品: 運搬方法:	※必要時記入