

年 月 日

墨田区通いの場等の栄養・口腔ケア講師派遣事業申請書

墨田区長 あて

申請者 代表者名 _____
団 体 名 _____
住 所 墨田区 _____
電話番号 ()

下記のとおり、医療専門職の派遣を申請します。

記

派遣希望日時	第 1 希望	年 月 日 ()	時 分～ 時 分
	第 2 希望	年 月 日 ()	時 分～ 時 分
	第 3 希望	年 月 日 ()	時 分～ 時 分
実 施 場 所	施設名	参加予定数	
	住 所	墨田区 丁目 番 号	人
派遣を希望する医療専門職		☐ 管理栄養士 ☐ 歯科衛生士 ☐ その他（指定なし）	
希望する 内容やテーマ	※栄養改善又は口腔ケアに係るこのような話が聞きたいということを御記入ください。		
団体活動内容	※普段、どのような活動をしている団体か御記入ください。		
※講師派遣時に、参加者に対しフレイル予防に関する調査協力を依頼する場合があります。			