様式第１号

群馬県地域再犯防止推進講師派遣事業申請書

令和　年　月　　日

群馬県健康福祉部福祉局地域福祉課長　殿

主催者住所

主催者名称

代表者氏名

担当者氏名

（電話、E-Mail）

　群馬県地域再犯防止推進講師派遣事業要綱第３条の規定により、次のとおり講師の派遣を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 研修会の名称 |  |
| 研修会のテーマ及び分野 |  |
| 派遣希望の日時 | （第一希望）令和○年○月○日　　○時○分～○時○分（計○分）（第二希望）令和○年○月○日　　○時○分～○時○分（計○分）（第三希望）令和○年○月○日　　○時○分～○時○分（計○分） |
| 派遣場所 | （住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受講対象者及び予定人数 |  |
| テーマ・講師に対する要望事項 |  |