

※資料があれば別紙添付をお願いします。

静岡県歯科衛生士会 歯科衛生士派遣要請書				
事業名				
事業主体	ex.市町村名、歯科医師会名			
依頼者		担当者氏名		
希望内容	※日時、場所、現地担当者氏名、連絡先、実施回数など詳細明記のこと			
見込み対象者数				
派遣希望人数				
障害保険等	<input type="checkbox"/> 加入	<input type="checkbox"/> 加入予定なし	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 説明してほしい
交通費	<input type="checkbox"/> 実費精算	<input type="checkbox"/>	円(一律支給)	<input type="checkbox"/> なし
日当	円/人			
事前打ち合わせ	日時	場所	内容	日当/交通費
資料作成	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士会作業		<input type="checkbox"/> 支給	<input type="checkbox"/> なし
備考				総予算
	※パネルシアター、紙芝居などを要望する場合は明記のこと			円

静岡県歯科衛生士会記入欄			
静衛担当者			提出責任者
		承認No.	