

講師派遣申請書

教育 委員長	事務局長	係

福岡県理容生活衛生同業組合  
理事長 殿

年 月 日

支 部 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

支部長氏名 \_\_\_\_\_ 印

下記の通り支部講習を開催致しますので、講師派遣方をお願い致します。

**注意事項** 必ず講習開催日より1ヶ月前までに本用紙にてお申込み下さい。

日 時	年 月 日	午前・午後	時～午前・午後	時
開催場所の 名称及び住所				
講習科目				
講師氏名	第1	第2		
<u>開催場所略図</u>	着駅名又は 停留所名			
	鉄道利用の場合最も便利な時刻			
	博多駅発	午前	時	分
		午後	時	分
	駅着	午前	時	分
		午後	時	分

連 絡	講師連絡	年 月 日	承諾確認
	支部承諾連絡	年 月 日	
	支部報告	年 月 日	
	講師報告	年 月 日	