

推進室職員派遣依頼書

令和 年 月 日

京築口腔管理推進室運営室長

筒井 修一 様

依頼者

住所

氏名

電話番号

下記の通り を開催いたしますので、職員を派遣して いただきますようお願い致します。

記

内容	
日時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
会場	
対象者	
参加予定人数	名
備考	