**高知県精神障害者ピアサポーター派遣事業**

**派遣依頼書**

**一般社団法人りぐらっぷ高知　宛**

**申込日　令和　　年　　月　　日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申込団体** | |  | | | | |
| **連絡先** | **責任者** |  | **担当者** | |  | |
| **住所** |  | | | | |
| **電話** |  | **E – mail** | |  | |
| **派遣希望日時** | | **令和　　　年　　　月　　　日**   * **複数回同時に申し込む場合は備考欄に初回以降を記入ください**   **開始時間及び終了時間　　　　　　：　　　　　∼　　　　　：** | | | | |
| **派遣場所** | |  | | | | |
| **参加予定人数** | | **名** | | **派遣希望人数** | | **名** |
| **派遣を依頼する目的及び具体的な内容** | | **【目的】**  **【内容】** | | | | |
| **備考** | | | | | | |