

年 月 日

戸田市福祉保健センター 所長 宛

企業・団体名
代表者職氏名

戸田市福祉保健センターにおける保健事業への協力について（申出書）

このことについて、下記のとおり協力をします。

記

1 協力内容

（該当するものに☑を付けてください。条件等がありましたら括弧内に記載してください。）

例：☑スタッフ派遣

（1～4月は人員不足のため不可。派遣は5名までなら可。）

- イベント・講演会等の開催または参加
（ ）
- スタッフ派遣
（ ）
- 物資の提供
（ ）
- 施設の提供
（ ）
- 講師派遣
（ ）
- 広報活動
（ ）
- その他（内容： ）

2 連絡先

所属
担当者名
住所
電話
FAX
E-mail