

令和 5 年度メンタルカウンセラー派遣申込書

年 月 日

滋賀県市町村職員共済組合理事長
一般財団法人滋賀県市町村職員互助会理事長 } 様

所属所長名等

担当者 _____ 課 _____

電話番号 _____

E-mail _____

メンタルカウンセラーの派遣について、下記のとおり申し込みます。

記

1 派遣希望日

年 月 日 ()

派遣場所 _____

2 相談予定者数 _____ 人

3 その他要望事項

※ この派遣申込書は、派遣希望日の 2 週間前までに共済組合へ送付してください。