

# 平成29年度岡山市精神障害者ピアサポーター

## 派遣依頼書

申込先 FAX 086-803-1758 岡山市保健所 健康づくり課 精神保健係 宛

申込日 平成 年 月 日

申込団体名		<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> ボランティア団体 <input type="checkbox"/> その他( )	
連絡先	責任者		
	住所		
	電話		
	E-mail		
派遣希望日時		平成 年 月 日 ( ) 開始及び終了時間 : ~ :	
派遣場所			
参加者数 (予定人数)		人	
派遣を依頼する目的 及び具体的な内容		<目的>  <具体的な内容>	

\*以下の欄は岡山市保健所健康づくり課精神保健係が記入

受付印	派遣可否	可	否	理由
	派遣者：ピアサポーター コーディネーター			
	日時： 年 月 日 : ~ :			
	費用等：	記入者： 印		