（様式第１号）

視察研修依頼書

年　　月　　日

申請団体	団 体 名
	住　　所
	担当者名
	電話番号　　FAX 番号
	ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ
	※該当する場合は〇で囲んでください。 福岡市行政関係者 ／ 市区町村・都道府県・指定都市社会福祉協議会
視察希望日時	①　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　： ②　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　： ③　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　：
人数	人（所属：　　）
視察内容	《視察ﾃｰﾏ》
	《項　　目》※できるだけ具体的にお願いします。
その他 **（要望事項等）**	
添付書類	視察団体の概要がわかる資料（パンフレット、ホームページ URL 等） ※外国語の場合は、日本語翻訳を添付すること ・ ・

◆福岡市社会福祉協議会記入欄

担当課の受入	可　・　不可	担当課名		担当者	
決定日時	年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：				
会　場					
その他					

事務局長	総務課				担当課			
	部長	課長	係長	係員	部長	課長	係長	係員