

職員派遣申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人福島県社会福祉協議会長 様

団体名

代表者

印

住 所 〒 -

TEL

FAX

下記内容について、貴会職員を派遣いただきたく申請いたします。

派遣日時	平成 年 月 日 () : ~ :
派遣場所	〒 - TEL - -
内 容	
参加人数	約 名
旅費支給	無 ・ 有 (旅費額 円)
謝礼支給	無 ・ 有 (謝礼額 円)
送 金 日	平成 年 月 日 () 予定
そ の 他	旅費及び謝礼の支給がある場合は、下記口座に送金願います。 その際は、「源泉所得税」を控除せずに送金願います。 東邦銀行 渡利支店 普通 No. 5 2 0 0 2 フクマケンシャカイフクシヨウキ カイ カイヨウ セイトオ 社会福祉法人福島県社会福祉協議会 会長 瀬谷俊雄

処理欄

派遣者職氏名

所属課

決裁

事務局長	事務局次長	課長	課職員	起案者

経理担当