

(様式 1)

令和 年 月 日

派遣依頼申請書

徳島県保健福祉部障がい福祉課長 殿

住所
法人名
代表者名

徳島県障がい者就労継続支援事業所経営改善支援事業実施要領に基づき、次のとおり申請します。

[illegible]

※希望される指導（助言）内容や専門家の派遣日程及び予算の関係等により、ご希望に添えない場合があります。