

(様式第1号)

いわき市VR認知症体験申込書

年 月 日

いわき市長 様

団体名：

住所：

代表者 氏名：

電話：

次のとおりいわき市VR認知症体験を申込みます。(太枠の中を御記入ください)

希望日時	第1希望	月	日 ()	時	分	～	時	分
	第2希望	月	日 ()	時	分	～	時	分
	第3希望	月	日 ()	時	分	～	時	分
開催場所								
参加人数	※必ず5名以上でお申込みください 人							
準備物	※準備可能なものに✓をしてください <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> スクリーン							

..... (市記入欄)

派遣職員	主	
	副	

上記申込について次のとおりとし、申込者に通知してよいか伺います。

<input type="checkbox"/> 決定 (別添 いわき市VR認知症体験決定通知書のとおり)	起案	年	月	日
	決裁	年	月	日
<input type="checkbox"/> 却下 (理由)	施行	年	月	日
	完結	年	月	日

決裁欄

課長	補佐	係長	起票