

年 月 日

福岡県知事 殿
 （市町村・地域振興部生活安全課）

団体等の名称
 代表者氏名

福岡県飲酒運転撲滅活動アドバイザー派遣申請書

下記のとおりアドバイザーを派遣していただきますようお願いいたします。

派遣希望期日	年 月 日 曜日			
派遣希望時間 （うち打合時間）	：	～	：	
	（	：	～	）
派遣場所の 住所・名称	〒 電話：（ ）			
対象者	参加予定人員		人	
派遣を依頼する 場合のテーマ・内容等				
担当者の 氏名・連絡先	（フリガナ） 氏名			
	住所	〒		
	電話		FAX	
	Eメール	@		
備考				

会合、研修会等の開催要綱等があれば添付してください。