令和８年度 岡山市精神障害者ピアサポーター派遣事業
派　遣　依　頼　書

申込先 FAX 086-201-1713 地域活動支援センターぱるおかやま 宛

申込日 令和　　年　　月　　日

申込団体名			□病院　□施設　□個人 □ボランティア団体 □その他(　　)	
連絡先	責任者			
	住所			
	電話			
	E-mail			
派遣希望日時		令和　　年　　月　　日(　　) 開始及び終了時間　　：　～　　：		
派遣場所				
参加者数 (予定人数)		人	派遣希望人数	人
派遣を依頼する目的及び具体的な内容		＜依頼理由＞ ＜具体的な内容＞		