別紙

令和７年度岩手県管理期保健師研修事業実施希望届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

岩　手　県　知　事　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　主たる事務所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　職・氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

標記事業の受託を希望します。