別紙１

令和6年度メンタルカウンセラー派遣申込書

　　年　　月　　日

滋賀県市町村職員共済組合理事長　 様

所属所長名等

担当者　　　　　　課

電話番号

E-mail

メンタルカウンセラーの派遣について、下記のとおり申し込みます。

記

１　派遣希望日時

年　　　月　　　日　（　　）　　　時　　　分　　　～　　　時　　　分

派遣場所

２　相談予定者数　　　　　　　　　人

３　その他要望事項

* この派遣申込書は、派遣希望日の２週間前までに共済組合へ送付してください。