年　　　月　　　日

○○○○○○○○○(所属)

○○ ○○　様(医療保育専門士の名前)

　　 　○○○○○○○○○(所属)

　　○○ ○○(主催者・依頼者名)　印

　　　　　　　　　　　　のご依頼

　下記の通り、ご依頼します(しました)。　　※過去の依頼を証明する場合は赤字の文言

記

１．日時：　　　　年　　　　月　　　　日　(　　)

　　　　　　　　　時　　　　分　～　　　　時　　　　分

２．場所：

３．依頼内容：　※テーマや対象者など

以上