

平成 年 月 日

全国共済農業協同組合連合会 岡山県本部 御中
岡山県厚生農業協同組合連合会 御中

J A _____

担当部署 _____

担当責任者 _____ (印)

担当者 _____ (印)

血管若返り教室の開催について

標記について、下記により実施したいので、関係職員の派遣方よろしくお願ひいたします。

記

1. 対象組織名	女性部 年 ^金 義友の会 助け合い組織 その他 ()
2. 開催日時	月 日 時 分から 時 分まで
3. 開催場所	
4. 対象者の年齢と人員	才 ~ 才 約 人

※ J A が厚生連の講師を活用した場合には、全共連より厚生連に対し講師料の一部が助成されます。

J A 共済担当部署 閲覧

(印)	(印)
-----	-----