

(様式第7号)

大阪市地域公共人材派遣申込書

大 阪 市 長

			令和 年 月 日
(フリガナ) 申込団体名称		(フリガナ) (役職)代表者氏名	()
所 在 地	〒		
(フリガナ) 連絡先氏名		電 話 番 号	
F A X 番 号		メー ル ア ド レ ス	

◎ 確認事項 大阪市地域公共人材バンク運営要綱 第9条 派遣の対象

※確認されましたら、□にチェックを入れてください。

☐ 大阪市内で公益的な活動を行っています。(主な活動_____)

☐ 派遣先は大阪市内です。(派遣先_____)

☐ 人材バンク活用実績(派遣日、グループ・団体名、派遣先所在区名など)の公表を認めます。

大阪市地域公共人材の派遣について、大阪市地域公共人材バンク運営要綱第10条の規定により、次のとおり申込みます。

記

1 派遣を希望する理由 _____

2 希望する日時 令和 年 月 日 時 分 ～ 時 分

※ご希望に沿うことができない場合があります。

3 希望する人材のスキル _____

(※希望する人材がいる場合:登録番号_____ー_____ 氏名_____)

(区役所記入欄)

受付日	受付区	担当課	担当者名	電話番号