（第１号様式）

ＦＡＸ：０２４－５２１－１７２８（添書不要）

こくみん共済coop<全労済>自治労共済推進本部福島県支部　行

単　組　名

報告者氏名

（連絡先：　　　　　　　　　　　　　　）

**自治労共済に係る学習会等　実施計画書**

|  |  |
| --- | --- |
| 学習会等の名称 |  |
| 日　　　程（講師派遣不要の場合は第１希望日のみ記入） | 第１希望日 | 　　　月　　　日（　　）　　　　　時　　　　分～ |
| 第２希望日 | 　　　月　　　日（　　）　　　　　時　　　　分～ |
| ※説明時間の目安：退職予定者説明会60分～120分、その他30分～60分 |
| 会　　　場 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 費用見込額（費用全額を記入） | 会場費 |  |
| 弁当・飲み物代 |  |
| 計 |  |
| 講師派遣の有無 | □外部講師　　□全労済　　□県支部　　□派遣不要 |
| 参加見込数 | 組合員等（未加入者含む） | 名　　 |
| 単組執行部 | 名　　 |
| 備　　考 | （ご意見・ご要望等を記入下さい） |