　　　　年　　月　　日

　（あて先）

　鳥　取　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　職名

氏名

　　　年　　月分短期集中予防サービス業務実績報告については別紙のとおりです。

実施事業所：