

シルバーリハビリ体操指導士派遣申込書

令和 年 月 日

大垣市シルバーリハビリ体操指導士事務局 様

申請者住所 大垣市 町 _____

団 体 名 _____

氏名(担当) _____

電話番号 _____

次のとおりシルバーリハビリ体操指導士の派遣をお願いします。

第一希望 派遣日時	令和 年 月 日 ()	午前 : ~ 午前 : 午後 : ~ 午後 :
第二希望 派遣日時 (希望あれば記入)	令和 年 月 日 ()	午前 : ~ 午前 : 午後 : ~ 午後 :
派遣場所	(住所 :)	
会場	床 (フローリング ・ カーペット ・ 畳) パイプ椅子 (有 ・ 無) マ イ ク (有 ・ 無)	
対象者		
参加人数	人	
備考		
事務局使用欄 派遣指導士		

【送付先】大垣市シルバーリハビリ体操指導士会事務局（大垣市保健センター内）

FAX 75-2320