

介護予防教室 依頼書

お申込み年月日 年 月 日

団体名				印
代表者名				印
住所				
電話番号/FAX	TEL()	—	FAX()	—
連絡責任者名				印
住所				
電話番号/FAX	TEL()	—	FAX()	—

※依頼する項目の番号に○を付けて内容(名称等)をご記入ください。

項目	内容 (講演会、実技指導会、大会名)	参加対象者 (参加者の年齢層、参加人数)
1	講 演	
2	実技指導	
3	文化活動	
4	その他	

日時	月 日()	～	月 日()	時 分	～	時 分
場所						
住所						
電話番号/FAX	TEL()	—	FAX()	—		
会場のAEDの有無	有			無		
主催						
後援						
主管						
協賛						

※パンフレットおよびプログラム等の資料がございましたら、ご提出ください。

※お申込みは、原則として開催実施の2ヶ月前までをお願いいたします。

※「介護予防教室依頼書」は、担当者または本部会館まで直接お持ちいただくか郵便でお送りください。

公益社団法人 宮城県柔道整復師会
(介護予防教室)

〒980-0011 宮城県仙台市青葉区上杉2丁目9番8号

TEL 022-262-9181 FAX 022-262-4181