

(様式第1号)

いわき市シルバーリハビリ体操指導士派遣申込書

年 月 日

地域包括ケア推進課長 様

申請区分 新規 ・ 継続 (団体番号)

団体等の名称

代表者の氏名

代表者の住所 〒

電話番号

代表者の変更 有 ・ 無

次のとおり体操指導士の派遣を受けたいので申し込みます。

派遣希望日時	第一希望： 年 月 日 () 時 分から 時 分まで 第二希望： 年 月 日 () 時 分から 時 分まで
派遣希望場所	名称 (和室 ・ フローリング)
	所在地
参加予定人数	
備考	

※申込み団体が多数で、希望日時が重なってしまった場合は、日時を調整させていただくことがあります。また、指導前あるいは指導後に会食等ある場合には備考にご記入ください。

地域包括ケア推進課 電話 27-8575 FAX 27-8576