

(様式第2号)

団体名称

いわき市シルバーリハビリ体操指導士派遣申込書

No.

⑤	派遣希望日時	年 月 日 () 時 分から 時 分まで
	備考	
⑥	派遣希望日時	年 月 日 () 時 分から 時 分まで
	備考	
⑦	派遣希望日時	年 月 日 () 時 分から 時 分まで
	備考	
⑧	派遣希望日時	年 月 日 () 時 分から 時 分まで
	備考	
⑨	派遣希望日時	年 月 日 () 時 分から 時 分まで
	備考	
⑩	派遣希望日時	年 月 日 () 時 分から 時 分まで
	備考	
⑪	派遣希望日時	年 月 日 () 時 分から 時 分まで
	備考	
⑫	派遣希望日時	年 月 日 () 時 分から 時 分まで
	備考	

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