

運動指導等講師派遣申込書

申し込み年月日 年 月 日

団体名	
代表者名	
連絡責任者名	
住所	〒
連絡先	TEL () 携帯

※ 申し込みの際しての参考事項を参照し①～③の項目から選んで○をして下さい

①	介護予防運動指導	②	介護予防に関する講話
③	その他 ()		
希望日時 年 月 日 () 時 分～ 月 日 () 時 分			
会場			
派遣依頼される講師の人数			
特に希望される運動指導または講話がありましたらその内容			
参加人数等 ①参加人数 名 (男 名 女 名) ②参加者の年齢層			
その他			

【申し込み・お問い合わせ】

公益社団法人 新潟県柔道整復師会

〒950-0084 新潟市中央区明石1丁目2番28号

TEL 025-245-2815

FAX 025-245-7822

Homepage <http://www.niigataken-sekkotusikai.or.jp>

E-mail sinsetu@themis.ocn.ne.jp