

# 腰痛予防講座巡回講師派遣事業申込書

腰痛予防講座巡回講師派遣事業実施機関 様

標記について、以下のとおり申し込みます。

年 月 日

所属所名							
所属所長名							
所属所住所	〒 □□□-□□□□						
所属所連絡先	担当者名 ( )	電話番号 ( )	—				
		FAX番号 ( )	—				
実施希望日時 参加人数 (組合員10名以上)	第1希望	月	日	時	分開始	名	
	第2希望	月	日	時	分開始	名	
腰痛関連テーマ選択 (○をつける)	肩こり予防 A	•	正しいウォーキング B	•	介助方法 C	•	個別相談 D

※以下には記入しないでください。

決定通知

所属所長 様

決定	年	月	日	時	分開始
実施機関名 電話番号 (担当者名)					

希望日に副いかねます。

(実施機関名)