

(別紙1)

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

所属所記載欄

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

※実施希望日の1ヵ月前までに希望の実施機関へ申し込むこと。

※以下には記入しないでください。

決定通知(実施機関記載欄)

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)