

事業協力依頼書

平成 年 月 日

公益社団法人愛媛県理学療法士会
会長 定松 修一 宛

1. 依頼元

※以下の項目についてご記入下さい。

団体名			
責任者			
住所			
担当者		所属課・部	
電話番号		ファックス番号	
E-mailアドレス	@		

2. 事業内容

※以下の項目についてご記入下さい。

事業名	新規 ・ 継続		
事業目的			
依頼内容	共催 ・ 名義後援 ・ 講師派遣(講演 ・ 実技指導) ・ 地域ケア会議		
具体的内容			
対象者		参加人数	名
開催日・期間	平成 年 月 日() ~ 平成 年 月 日() 日間		
開催時間			
開催場所			
開催住所			
電話番号		ファックス番号	
特記事項			

- ※事業開催予定日の2か月前にはお申込み下さい。
- ※派遣者のご希望がある場合は、特記事項に氏名をご記入下さい。
- ※承諾可否等につきましては、後日、書面にて回答致します。
- ※内容によっては、予算書等を提出して頂く場合がございます。

送付先

公益社団法人愛媛県理学療法士会
保健福祉部地域包括ケア推進担当: 吉野
〒790-0902 愛媛県松山市石手白石甲105-6
あき整形外科リハビリテーションクリニック
TEL:(089)977-5522 FAX:(089)977-5552
E-mail:tiikihoukatsu@epta.jp