《様式２》

スポーツ医事・トレーニング相談事業派遣依頼書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

公益財団法人福島県体育協会長　様

団体名(等)

代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

連絡先住所

電話番号

ＦＡＸ番号

　　このことについて、下記の通り［講習会・研修会・スポーツ教室・健康相談

　　その他（　　　）］を実施しますので、相談員の派遣を依頼します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修等の名称 |  | | |  |
| 参加人数 | 計（　　　　　　人）、男（　　　　人）、女（　　　　人） | | |
| 参加の対象 |  | | |
| 実施希望 | 第一希望 | 第二希望 | 第三希望 |
| 日　　　時 | 月　　日（　　）  時　分～　時　分 | 月　　日（　　）  時　分～　時　分 | 月　　日（　　）  時　分～　時　分 |
| 場　　　所 | 会場名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  住　所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 希望する相談員名 |  | | |
| 相談内容 |  | | |
| 備 考 |  | | |