

事業協力依頼書

平成 年 月 日

社団法人岩手県理学療法士会
会長 櫻田 義樹 殿

下記事業開催にあたり、社団法人岩手県理学療法士会よりご支援賜りますようお願い致します。

1. 依頼先

※以下の項目についてご記入下さい。

団体名			
責任者			印
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			
事業目的			
依頼内容	共催・名義後援・講師派遣(講演・実技指導)		
具体的内容			
対象者		参加者数	名
開催日・期間	平成 年 月 日()	～	平成 年 月 日 日間
開催時間	AM・PM :	～	AM・PM :
開催場所			
開催住所	〒		
電話番号		ファックス番号	
特記事項			

※事業開催予定日の一ヶ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。

送付先

社団法人岩手県理学療法士会事務局
〒020-0062 盛岡市長田町15-16
TEL&FAX 019-622-4041
E-mail zimukyoku@iwate-pt.com