

# 事業協力依頼書

平成 年 月 日

一般社団法人 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、一般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いたします。

## 1. 依頼先

団体名			
責任者	印		
住所	〒		
担当者		所属課・部	
電話番号		FAX番号	
E-mailアドレス	@		

## 2. 事業内容

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		参加人数	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		FAX番号	
特記事項			

※事業開催予定日の1ヶ月前にはお申し込みください。

※派遣者のご希望がある場合は、特記事項に氏名をご記入ください。

※承諾可否等につきましては、後日書面にて回答いたします。

送付先

一般社団法人 岩手県理学療法士会  
〒020-0032  
盛岡市夕顔瀬町4-32夕顔瀬スカイコーポラスB202  
TEL:019-622-4041 FAX:019-601-3004  
E-mail:zimukyoku@iwate-pt.com