

# 「救護・トレーナー派遣」申込書

申込日:平成 年 月 日

市町名及び団体名:	
開催大会名:	
競技種目:	
開催日時:	平成 年 月 日 ( ) 時 分 から 時 分 まで
会場名:	(駐車場: 有・無)
会場住所:	
要望・その他:	
担当者氏名:	連絡先電話番号

以下の項目は記入しないでください。

---

※ 受付日: 平成 年 月 日

---

※ 担当支部: 東 ・ 西 ・ 南 ・ 北

---

※ 派遣員名:

---

公益社団法人滋賀県柔道整復師会  
TEL:077-525-3550  
FAX:077-525-3683