

送信元

--

送信先

一般社団法人山口県障害者スポーツ協会 行き

FAX番号 083-901-4064

障害者スポーツ人材バンク登録者派遣申込書

団体名	
住 所	〒
担当者	
電 話	
F A X	

下記のとおり障害者スポーツ人材バンク登録者の派遣を申し込みます。

記

1 開催行事

(1)	日	時	
(2)	場	所	
(3)	行	事	名
(4)	担当者	携帯番号	

2 派遣依頼内容

(1)	派遣種類	① 障害者スポーツ指導員 ② 障害者スポーツ医 ③ 理学療法士 ④ 作業療法士 ⑤ 看護師 ⑥ 栄養士		
(2)	派遣希望者	派遣種類番	氏名	
		派遣種類番	氏名	
		派遣種類番	氏名	
		派遣種類番	氏名	
		派遣種類番	氏名	

※派遣種類番号欄には「(1)派遣種類」の該当番号を選んで記入してください。

※氏名欄には「障害者スポーツ人材バンク一覧表」(当冊子P2～P23)で派遣希望者を確認のうえ、記入してください。