

救護員 要請申込書

公益社団法人 兵庫県柔道整復師会
会 長 殿

申込団体名

代表者氏名

㊞

貴会救護員の派遣を下記の通り依頼致します。

記

大会名称		
大会会場	会場名	TEL
	住所	
開催日時	年 月 日() ~ 年 月 日()	時 分 ~ 時 分
参加者	一般・学生・高齢者・その他	約 人
連絡責任者	氏名	役職
	住所	
	電話番号	FAX
	携帯番号	E-mail
活動内容	応急処置・コンディショニング・その他()	
救護員人数	派遣希望数 人	希望会員氏名()
費用	有償 (名 × 円)	
	実費 (交通費・衛生材料費 円)	
救護活動場所	あり (本部席・救護室・その他)	なし
医師	常駐 (医師 名・看護師 名)	なし
駐車場	あり (専用駐車場・その他)	なし
昼食	あり	なし
傷害保険	あり	なし

受付 年 月 日()・整理番号

担当支部

- ※ パンフレット及びプログラム等の資料をご提出下さい。
- ※ お申込みは、原則として1ヶ月前までをお願い致します。