

事業協力依頼書

令和 年 月 日

愛媛県リハビリテーション専門職協会
会長 多田 良 宛

1. 依頼元

※以下の項目についてご記入下さい。

団体名			
責任者			
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	新規 ・ 継続		
事業目的			
依頼内容	共催 ・ 名義後援 ・ 講師派遣(講演 ・ 実技指導) ・ 地域ケア会議		
具体的内容			
対象者		参加人数	名
開催日・期間	令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日() 日間		
開催時間			
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2か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。
- ※内容によっては、予算書等を提出して頂く場合がございます。

送 付 先

愛媛県リハビリテーション専門職協会事務局 〒794-0052 今治市宮下町1丁目1番21号 今治第一病院リハビリテーション部内 担当:山崎 TEL:080-6374-3631 FAX:(0898)22-8273 Email:all.ehime.pos@gmail.com
