

会 長	副会長	副会長	部 長	局 長	係

救護員派遣申請書

令和 年 月 日

公益社団法人秋田県柔道整復師会会長 様

申請者:

団 体 名

代表者氏名

所 在 地 〒

電 話 番 号

次のとおり、救護員の派遣を申請します。

大会名	
派遣日時	令和 年 月 日 () : ~ : 令和 年 月 日 () : ~ : 令和 年 月 日 () : ~ :
開催場所	
派遣希望人数	名 ※基本的には1名ですが、大会の規模等によっては、2名以上派遣できる場合もあります。
日当・謝礼等の有無	有 ・ 無 (ある場合はその金額) 円/1日
派遣者名の連絡	必要 ・ 不要 (必要な場合の連絡方法) FAX ・ メール ・ TEL
必要な場合の連絡先	※連絡様式等がある場合は添付してください。

ご担当者連絡先:

ご担当者名	
電話番号	
メール	
住所等	

秋田県柔道整復師会 使用欄
〈派遣者名〉
〈備考〉
<input type="checkbox"/> 申請者へ連絡済(/) FAX ・ メール ・ TEL
<input type="checkbox"/> 支部対応 (/) 支部長へ連絡 FAX ・ メール ・ TEL

注1) 大会要項を添付してください。
注2) 練習のみの日には派遣できません。