自主活動支援申込書

自主活動の支援について下記のとおり講師の派遣を申し込みます。なお、下記に記入した内容を講師（派遣事業者）に提供することに同意します。

申込日（　　年　　月　　日）

自主サークル名	
（ふりがな） 代表者氏名	
代表者連絡先	【住所】 〒 【電話】
連絡先 ※代表者以外の方が連絡先となる場合のみご記入ください。	（ふりがな） 【氏名】 【住所】 〒 【電話】
主な活動場所 メンバー構成と活動内容 ※枠内に記入できない場合、別紙に記入し添付してください	【主な活動場所】 【メンバー構成】____人　内65歳以上の人数　____人 【活動内容】
支援の内容 ※なるべく具体的にお書きください ※枠内に記入できない場合、別紙に記入し添付してください	※リハビリ専門職に指導していただきたい内容
派遣希望時期 ※1、2か月の余裕もってお書きください。	___年___月頃　　___曜日　___時～___時　まで ※講師の都合によりご希望に添えない場合があります。
希望講師職種	・理学療法士（PT）・作業療法士（OT）・言語聴覚士（ST） ・その他（　　） ※支援の内容により変更させていただく場合があります。
備考	