

# 公益財団法人沖縄県保健医療福祉事業団 講師派遣申込書

申込日 令和 年 月 日

事業所名			
所在地	〒 -		
	電話		FAX
担当者 連絡先	フリガナ	役職	
	氏名		
	メールアドレス		
実施予定会場			
希望日時	第1希望		
	年 月 日 ( )	時 分 ~	時 分
	第2希望		
年 月 日 ( )	時 分 ~	時 分	
第3希望			
年 月 日 ( )	時 分 ~	時 分	
参加予定者の 属性	参加予定数	年齢層	性別構成
			男性 名、女性 名
趣旨・目的等 について	実施目的	<input type="checkbox"/> 健康力向上 <input type="checkbox"/> 運動不足解消 <input type="checkbox"/> 筋力向上 <input type="checkbox"/> 体力向上 <input type="checkbox"/> 柔軟性向上 <input type="checkbox"/> リフレッシュ <input type="checkbox"/> その他( )	
	同様の研修等の 実施頻度	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> 半年に1回程度 <input type="checkbox"/> 年1回程度 <input type="checkbox"/> その他( )	
	その他		
要望事項等	座学講座 : <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		実技指導 : <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
使用可能機材	<input type="checkbox"/> 液晶プロジェクタ <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> 机	<input type="checkbox"/> ノートパソコン <input type="checkbox"/> DVDプレーヤー <input type="checkbox"/> 椅子	<input type="checkbox"/> その他 ( ) ( )
駐車場の確保	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし(付近に外部駐車場有)	<input type="checkbox"/> なし(付近に外部駐車場なし)
提出・お問合せ先    公益財団法人沖縄県保健医療福祉事業団    津嘉山 宛 Email: jigyoudann@kenkou-island.or.jp    TEL: 098-879-6311    FAX: 098-879-6316			