|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |

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。