

健幸運動教室講師派遣依頼書

年 月 日

宮崎市長 殿

団体名

申請者 代表者名

住 所

電話番号

緊急連絡先

次のとおり、地域型教室（単発・継続）への講師（健幸運動指導員・健幸サポートナース）の派遣を依頼します。

曜日・時間 <small>※継続の場合、派遣する週は固定必須</small>	単発	日 時 (第2希望まで記入)	第1希望： 令和 年 月 日 () 曜 第2希望： 令和 年 月 日 () 曜 運動時間： 時 分～ 時 分
	継続	曜日	() 曜日
		運動時間	AM・PM 時 分～ 時 分
		固定する週	(第1・第2・第3・第4・第5)
		回数	全 () 回 ※詳細は別紙のとおり
会場の名称	(会場所在地：宮崎市)		
備考 (要望等)	団体の年齢層：概ね () 歳・最高年齢 () 歳 会場の駐車台数：() 台 講師の駐車場：() 継続の場合、新規参加者の受入：(できる ・ できない ・ 要相談) 参加予定人数 () 人		
	※運動教室開催にあたっての要望や困りごと等などをお書きください。		

■以下、地域包括ケア推進課の記入欄・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

項目	内容	備考欄
会場名		
派遣回数 (上限)	年 回	
	月 回	
前年度参加人数 (平均)	人	