

運動指導派遣依頼書

公益財団法人世田谷区保健センター所長 あて
(世田谷保健所長)

地域区分	1. 世田谷	参加者の構成 (対象区分)	男 性	名	
	2. 北 沢		女 性	名	
	3. 玉 川		40歳未満	名	
	4. 砧		40～65歳	名	
	5. 烏 山		65歳以上	名	
事業区分	1. 区が主催または共催する健康づくり事業 2. 自主グループの支援	(区分)	(年数)		
事業名 (自主団体名)			※未記入欄(事業登録名)		
指導内容					
会 場	名 称	Tel 03()			
	所在地	世田谷区			
派遣希望日時	曜日 (午前 ・ 午後)	時	分	時	分
	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/
	※土・日・祝日・夜間の派遣は致しません。			(全 回)	
自主グループ 代表者	住 所	世田谷区			
	氏 名	TEL 03()			
		FAX 03()			
担当職員	所 属 電 話	氏 名			
備考	(お願い)担当職員・代表者の変更など、記載事項に変更があった場合は、担当者まで届出を願います。		※未記入欄(担当指導員)		

上記のように健康づくり運動についての指導を依頼します。

平成 年 月 日

所 属
所属長

印

《自主グループへの確認》

新たに活動を希望する区民に、貴団体を紹介してもよろしいですか はい ・ いいえ