博豊会脊椎病院 出張講座 申込書

●本申込書に必要事項を記載の上、FAXにて下記連絡先までお送りください。
　担当者から申込者へご連絡いたします。
●その他ご不明な点等につきましても、下記連絡先へお問い合わせください。

申込日　令和　　年　　月　　日

団体名	
担当者名（ふりがな）	
住所	
電話番号	
メールアドレス	
ご希望講座番号・講座名 （〇で囲んでください）	1. 今日からできる「腰痛対策」 2. 自分でできる「首の痛み・肩こり解消」 3. 転倒予防 ～転ばないための身体づくり～ 4. 骨粗鬆症と運動と栄養 5. 自宅でできる「ロコモ予防」
実施予定会場名	
参加予定人数/対象	
ご希望日時 ※開始時間は午前10時から 午後4時までになります。 ※約40分の講座になります。 ※準備・片付けを合わせて 約1時間の滞在となります。	第一希望　令和　　年　　月　　日（　　） 時　　分　～
	第二希望　令和　　年　　月　　日（　　） 時　　分　～
	第三希望　令和　　年　　月　　日（　　） 時　　分　～
その他連絡事項	

＜連絡先＞
博豊会脊椎病院　リハビリテーション科　遠藤
TEL：03-5856-7536
FAX：03-5856-7538
Mail：atsushi.endo.11082217@gmail.com