

ムーブメント教育・療法 講師派遣依頼書

令和 年 月 日

茨城県立あすなろの郷
地域生活支援センター長 殿

団体名： _____

代表者名： _____

住 所： _____

電 話： _____

F A X： _____

メ ー ル： _____

「ムーブメント教育・療法研修および訪問」について、下記のとおり講師を派遣していただきますようお願いいたします。

記

1 実施希望日時

【第1希望】令和 年 月 日（ ） : ~ :

【第2希望】令和 年 月 日（ ） : ~ :

2 実施予定場所： _____

3 訪問療育の対象となる児童・利用者数： _____

※別紙にて参加者名簿を提出

記入例

ムーブメント教育・療法 講師派遣依頼書

令和6年 4月 1日

茨城県立あすなろの郷
地域生活支援センター長 殿

団体名：あすなろ会

代表者名：あすなろ 郷美

住 所：水戸市杉崎町 1460

電 話：029-259-0024

F A X：029-259-0031

メ ー ル：shiensenta@ibaraki-asunaro.jp

「ムーブメント教育・療法研修および訪問」について、下記のとおり講師を派遣していただきますようお願いいたします。

記

1 実施希望日時

【第1希望】令和6年 4月 1日 (月) 9:00 ~ 10:00

【第2希望】令和7年 3月31日 (月) 15:00 ~ 16:00

2 実施予定場所：あすなろの郷小学校 体育館

3 訪問療育の対象となる児童・利用者数：6人

※別紙にて参加者名簿を提出

支援対象者の状況把握のため、
提出を必須とします。