

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： _____

担当者名： _____

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（原則、平日の9：30から16：00までの1時間以内）

【第1回目希望日時】令和 年 月 日（ ）： ～：

【第2回目希望日時】令和 年 月 日（ ）： ～：

2 実施予定場所： _____

3 参加児童・利用者数： _____

※別紙にて参加者名簿を提出