

# 医療救護活動依頼書

☆ 依頼者記入欄

依頼年月日	平成 年 月 日 ( )		
ふりがな 依頼者名 (代表責任者)			
住 所			
電 話 (携帯番号)		F A X	
開催日	平成 年 月 日 ( )		
時 間	午前・午後	時 分 ~	時 分
場 所			
依頼内容	大会名称		
	参加人数		
	対象者		
	《具体的な希望等》		

公益社団法人香川県柔道整復師会  
医療救護部

〒 760-0008  
高松市中野町13-1

TEL 087-834-4928  
FAX 087-862-0968