

デフバスケットボールボランティア 参加申込用紙 FAX 送信用

所属施設名： \_\_\_\_\_

連絡先 TEL：( \_\_\_\_\_ ) FAX：( \_\_\_\_\_ )

e-mail： \_\_\_\_\_

公文書： 必要 ・ 不要



文書宛名 役職： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

必要事項を記入してください。

氏名	自宅住所	希望日	希望時間
		7・8・9・10	AM ・ PM ・ 全日
		7・8・9・10	AM ・ PM ・ 全日
		7・8・9・10	AM ・ PM ・ 全日
		7・8・9・10	AM ・ PM ・ 全日
		7・8・9・10	AM ・ PM ・ 全日
		7・8・9・10	AM ・ PM ・ 全日
		7・8・9・10	AM ・ PM ・ 全日

FAX 送信先： 093-965-2390 (公益社団法人福岡県理学療法士会事務所)

締切 平成 28 年 10 月末日