

コープみらい活動サポーター 歩行年齢測定会派遣依頼書

申込日 年 月 日

※開催予定日 2 カ月前までにお申込ください

1	主催者名	団体名	氏名
2	担当者連絡先	氏名	
		TEL	FAX
		e-mail ()	
3	開催場所 (部屋名まで)	〒	
		TEL	FAX
4	イベント名		
5	趣旨・目的		
6	開催希望日時	第1希望: 20 年 月 日 () : ~ :	
		第2希望: 20 年 月 日 () : ~ :	
		第3希望: 20 年 月 日 () : ~ :	
7	参加予定人数	測定参加予定者 () 人	
		スタッフ () 人	合計 () 人
8	ご依頼のきっかけ	●ご依頼されたきっかけをお選びください <input type="checkbox"/> ホームページをみて <input type="checkbox"/> パンフレットをみて <input type="checkbox"/> 講師登録をみて <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()	
9	その他、ご要望等 (あれば)		
調整欄 (事務局記入欄)			

【プログラム開催までの流れ】



【お問合せ・申し込み先】

生活協同組合コープみらい 東京都本部 参加とネットワーク推進部
 コープみらい活動サポーター事務局
 TEL: 03-3382-5665 FAX: 03-5385-6035 9時~17時 (土日祝休)
 e-mail: tokyo_soshiki@coopdeli.coop
 ※メールのタイトルに「歩行年齢測定会申込み」とご記入ください。

東京都本部	活動サポーター
印 /	印 /