**（様式第２号）**

**令和　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日**



**理学療法士体操指導等申込書**

指導　　　　回目

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **グループ名** |  | **代表者名** |  |
| **会場名** |  | **会場住所** |  |
| **代表者連絡先****（日中連絡できる電話番号）** |  |
| **希望される内容に****☑をしてください** | **□ まつイチ体操指導　　　　　　 □ 体力測定のみ****□ まつイチ体操指導＋体力測定** |

**まつイチ体操：約60分　　体力測定のみ：45～60分　　まつイチ体操＋体力測定：約90分**

※まつイチ体操＋体力測定では、体操指導の時間は通常より短くなります

※体操指導等は最大年4回程度（うち体力測定は年1回程度）を想定しています

※会場によっては実施できない体力測定の項目があります

|  |
| --- |
| 受付印 |
|  |

※ご希望に添えない場合があります

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **希望****日時** | **第1希望** | **月　　　　　日（　　　　　曜日）****時　　　　　分　　～　　　　　時　　　　　分** |
| **第2希望** | **月　　　　　日（　　　　　曜日）****時　　　　　分　　～　　　　　時　　　　　分** |
| **第3希望** | **月　　　　　日（　　　　　曜日）****時　　　　　分　　～　　　　　時　　　　　分** |
| **予定参加人数** |  |

希望日時をご記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| 内容 | まつイチ　　　　体力測定　　　　まつイチ指導体操指導　　　　　のみ　　　　　 ＋体力測定 |
| 決定日時 | 令和　　 年　　 月　　 日 (　　 )： 　　　～　 　　： | 対応者 |
|  |

【保健所記入欄】