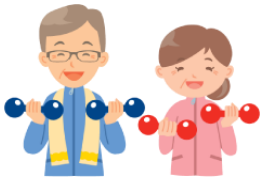


申し込み日：平成 年 月 日



「指導者派遣・講演・出張教室」



『健康づくり介護予防運動フィットネス教室』申込書

第一希望日時	年 月 日 ()		:	~	:
第二希望日時	年 月 日 ()		:	~	:
お名前(法人名)					
ご住所	〒				
ご担当部署		開催場所			
ご担当者氏名		上記最寄り駅			
メールアドレス		指導スペース広さ	おおよそ	m ²	
電話番号		現場の職員の人数(お手伝い)			
FAX番号		対象者様はどのような方ですか？			
ソレラス(当社)の宣伝は可能ですか？		対象者様人数	約		
傷害保険	※保険は主催者側でご加入をお願い致します。				
会場設備	<input type="checkbox"/> 音響システム <input type="checkbox"/> マイク <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> スピーカー				
開催主旨					
内容	(ご希望等をお書きください)				
ご希望の指導者	<input type="checkbox"/> 健康運動指導士等の有資格者限定 <input type="checkbox"/> 経験者であればどなたでも				

◎FAXでのお申し込みはこちらへ → **FAX:026-477-7528**
◎メールでのお申し込みはこちらへ → **MAIL:info@sunmeer-ras.com**

連絡先:介護予防教室「ソレラス」 〒381-2221 長野県長野市川中島町御厨1207

ソレラス直通080-3414-0763 TEL:026-405-7824