

# 《 派遣依頼書 》

きくち鍼灸整骨院

【所在地・連絡先】〒989-6171大崎市古川北町2丁目2-31北町ビル1F

TEL:0229-24-3317 FAX:0229-24-3317

【診療時間】 午前 / 08:30~12:00 午後 / 14:30~19:30

※日曜日も診療しております。休診日:祝祭日

フリガナ		フリガナ	
団体名		担当者	

TEL・FAX		E-mail	
---------	--	--------	--

競技名		人数	男性	名 + 女性	名 = 合計	名
-----	--	----	----	--------	--------	---

帯同日及び期間 ※どちらか一方のみご記入ください。

帯同日	平成	年	月	日	( AM ・ PM )	時 ~	時
期間	平成	年	月	日	( AM ・ PM )	時 ~	
		平成	年	月	日	( AM ・ PM )	時

◆帯同場所の情報をご記入ください。

施設名		( 室内 ・ 室外 )	※どちらかに○をつけて下さい。
-----	--	-------------	-----------------

その他

※ご質問、ご要望がございましたらお願い致します。