

救護員・講師派遣要項

社団法人和歌山県柔道整復師会

本会に救護員・講師等の派遣を要請する場合、以下の要項をご理解いただき所定の申込書にご記入の上、お申してください。

1. 目的

この要項は、柔道整復師が有する専門技術を活かし、組織として「社会や地域に奉仕、貢献する。」ことを目的として定めます。

2. 活動内容

要請のあった派遣活動は、当会で審査し許可された場合に、以下の内容で実施します。

(1) 救護・トレーナー活動の救護員派遣

① 原則1名の派遣とします。

(但し、大会規模や会場が複数に及んだ場合は、増員を可能とします。)

② 要請のあった活動場所に出向き、骨折・脱臼・捻挫・打撲・挫傷の応急処置及びテーピング、ストレッチング等を施し、身体のスポーツコンディショニング及び指導を行います。

(2) テーピング講習会等の講師派遣

① 派遣人数は、当会で決定します。

② 要請のあった講習会などに講師を派遣し、テーピング法・応急処置・コンディショニング・スポーツ障害などの講演・実技を行います。

また、健康柔体操・転倒予防体操・高齢者機能訓練・介護予防などの実技指導を行います。

3. 活動範囲・実施日

(1) 和歌山県内で開催され、市町村単位・スポーツ団体・各種団体単位等の規模(個人単位での派遣は、お受けできません。)

(2) 救護員・講師等の派遣は、原則土曜午後・日曜・祝日といたします。

(原則平日の派遣は、お受けできません。)

4. 費用

救護員・講師等の派遣費用につきましては、「公益地域奉仕活動」と位置づけておりますので、無料です。

6. 申込方法

(1) 「派遣申込書」は、当会事務局へお問い合わせください。また、当会ホームページからもダウンロード出来ますのでご利用ください。

(<http://www.wakayama-jusei.com/>)

(2) 所定の「派遣申込書」にご記入の上、当会事務局宛に郵送又はFAXにてお申し込みください。

(3) お申込の際には、大会プログラム、その他資料がありましたら、申込書と共に

ご提出ください。

- (4) 派遣の可否につきましては、決定次第すみやかにお知らせいたします。
- (5) 大会パンフレット等の参加者への配布資料の作成に当たりまして、当活動の案内をされる場合は名称を「社団法人和歌山県柔道整復師会」として掲載していただきたくお願いいたします。

7. 留意事項

- (1) 内容についてお問い合わせすることがありますので、担当責任者の氏名、役職名及び連絡先を必ずご記入ください。
- (2) 当会の行事など、都合によっては派遣要請をお受けできないこともあります。(平日の救護員・講師派遣は、原則お受けできません。)
- (3) 救護員、講師派遣に関し当会会員に紹介、又は相談等をした場合には、その会員名を申込書に記載してください。

8. お申込(受付窓口)・お問い合わせ先

お申込・お問い合わせは、窓口となっております下記事務局宛にお願い致します。

社団法人和歌山県柔道整復師会

〒640-8323

和歌山市太田143-4

TEL : 073-474-1212

FAX : 073-474-1213

ホームページ : <http://www.wakayama-jusei.com/>

平成 年 月 日

救護員要請申込書

社団法人和歌山県柔道整復師会
会 長 原 正 和 殿

申込団体名

代表者氏名

⑩

貴会救護員の派遣を下記の通り依頼いたします。

大会名	
大会会場	会場名
	住 所
開催日	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()
時 間	時 分 ~ 時 分
参加者	一 般・学 生・高 齢 者・そ の 他 約 人
連絡責任者	氏 名 役 職
	住 所
	電話番号 Fax
	携帯番号 メール
活動内容	応急処置・テーピング・コンディショニング・その他 ()
救護活動場所	あり () なし
医 師	常駐 (医師 名、看護師 名) なし
駐車場	あり (専用駐車場・その他) なし
昼 食	あり なし
紹介会員名	氏名 ()・接骨院名 ()

受付 年 月 日 ()

- ※ お申込みは、原則として1ヶ月前までをお願いします。
- ※ 救護員派遣に関し、当会の紹介会員があれば記載してください。

平成 年 月 日

講師要請申込書

社団法人和歌山県柔道整復師会
会 長 原 正 和 殿

申込団体名

代表者氏名

印

貴会講師の派遣を下記の通り依頼いたします。

開催名	
会 場	会場名
	住 所
開催日	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()
時 間	時 分 ~ 時 分
参加者	一 般・学 生・高 齢 者・そ の 他 約 人
連絡責任者	氏 名 役 職
	住 所
	電話番号 Fax
	携帯番号 メール
講演内容	(具体的に記載してください。)
駐車場	あり (専用駐車場・その他) なし
その他	(ご要望等あれば記載してください。)
紹介会員	氏名 ()・接骨院名 ()

受付 年 月 日 ()

- ※ お申込みは、原則として1ヶ月前までをお願いします。
- ※ 救護員派遣に関し、当会の紹介会員があれば記載してください。