

「健康出前講座」申込書

港南福祉保健センター
健康づくり係
保健師 宛
FAX：846-5981
※FAXの際、お電話でご一報ください。
電話：847-8436

申込者 (団体名) _____
 (責任者) _____
 (住 所) _____
 (電 話) _____ (担当者)

申し込み日		令和 年 月 日
団体種別		※該当番号を○で囲んでください。 1 子育て関係団体 2 コミュニティハウス 3 地域ケアプラザ 4 企業 5 その他団体 ()
依頼事項	希望日時	第一希望 令和 年 月 日 : ~ : 第二希望 令和 年 月 日 : ~ : 第三希望 令和 年 月 日 : ~ : ※希望日の <u>3か月前まで</u> にお申し込みください。
	会 場	会場名 : 所在地 :
	対象者・定員	年 代 : 歳代 人 数 : 人
	希望講座	※該当番号を○で囲んでください。 1 健診結果から未来が見える！健診結果の見方 2 私の骨は大丈夫？骨密度を測ってみよう 3 こころの健康づくり ストレスとの上手な付き合い方

港南福祉保健センター 福祉保健課健康づくり係 使用欄
下記のとおり、専門職を派遣します。

受付年月日・担当	令和 年 月 日 受理 受付者（ ）
メ モ	
派遣可否	令和 年 月 日 担当（ ） 派遣可・派遣不可

回 議		課長	係長	担当
起案日	令和 年 月 日			
決裁日	令和 年 月 日			