「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：　　電話： 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　しなやかな血管が若さを保つ！血管の話 ３　がん検診　なぜ受けた方がいい？ ４　私の骨は大丈夫？骨密度を測ってみよう ５　たばこについて ６　こころの健康づくり　ストレスとの上手な付き合い方 ７　姿勢チェックで肩こり・腰痛予防 ８　その他（　　）

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			