千葉県夷隅保健所地域保健福祉課　　令和　年　月　日
地域・職域連携推進事業事務局行き

FAX：0470－73－0904

健康講座申込書

1. 事業所名		
2. 業種		
3. 事業所のご住所		
4. 電話番号 （日中連絡のつく連絡先）	電話 連絡希望時間帯（　　時　　分から　　時　　分）	
5. Mail アドレス		
6. ご担当者様 （ふりがな）		
7. 健康講座の内容 （1回の申込で 2講座まで申込可能）	1　健康づくり　　2　運動 3　食事　　4　こころ 5　その他（内容について相談したい）→11に記載してください。	
8. 開催日時 （第3希望まで ご記入ください）	第1希望	令和　年　月　日（　） 時　分から　時　分
	第2希望	令和　年　月　日（　） 時　分から　時　分
	第3希望	令和　年　月　日（　） 時　分から　時　分
9. 健康講話の会場	□事業所の住所と同じ □それ以外（　　）	
10. 参加予定人数		
11. その他・ご相談内容		

申込ありがとうございます。
内容確認後に事務局から連絡申し上げます。