

出張型健康講座申込書

年 月 日

健康推進課長

申請者所在地

事業所名

代表者名

次のとおり、出張健康講座を申し込みます。

希望内容	☐ ところ【 】 ☐ 栄養・食生活【 】 ☐ 健康・予防【 】 ☐ 歯科【 】 ☐ その他【 】 ※【】にはメニューより選択した番号を記入			
希望日時	第1希望	令和 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分		
	第2希望	令和 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分		
	第3希望	令和 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分		
会 場				
対象者・人数	対象者		人 数	人
担当者	所属部署			
	氏 名			
	電話番号			
	電子メール			
備 考				

※問合せ・申込み 刈谷市保健センター（刈谷市健康推進課）

電話：0566-23-9559 FAX:0566-26-0505