

送信先（送信文不要）

上越地域振興局健康福祉環境部

地域保健課 地域保健担当 宛て

FAX 025-524-6998

健康づくり出前講座申込書

令和 年 月 日

申込者 事業所名：
担当者氏名：
住 所：
電話番号：
FAX番号：
メールアドレス：

次の事項により申込みします。

希望する内容及び理由等	希望するコースに○をつけてください。	<input type="checkbox"/> 健康ベーシックコース <input type="checkbox"/> 女性いきいきコース <input type="checkbox"/> たばこ対策コース <input type="checkbox"/> デンタルケアコース <input type="checkbox"/> メンタルヘルスコース
	希望理由 (具体的にお困りのことなどあればお書きください。)	
実施希望日時	令和 年 月 日() 時 分～ 時 分	
参加予定者数	名	
開催予定場所	・事業所内 ・その他（施設名： 住所：)	
本事業の活用歴がある場合、 <u>直近の状況</u> を記載してください	【実施時期】 平成・令和 年 月頃 【実施内容】	