

出前健康教室申込書



申込先

高知県須崎福祉保健所
健康障害課 健康増進担当

FAX:0889-42-8924

事業所・会社名称	
所在地	〒
電話番号	
FAX番号	
担当者名	役職名： 氏名：
開催希望日・時間	・第1希望 令和 年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分 ・第2希望 令和 年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分
参加予定人数	人
会場	
準備物品	(物品の中で使用できるものに○印をつけてください) マイク ・ プロジェクター ・ パソコン ・ スクリーン
出前メニュー (ご希望のメニューに○印を付けてください)	1. 健診結果のここを見る！ 2. 毎日の歯周病ケア 3. こころの健康づくり 4. 食生活チェック！ 5. 職場でできる血压管理 6. お酒との上手な付き合い方 7. 受動喫煙ゼロを目指して！ 8. その他 (貧血・骨粗鬆症・糖尿病など)

ご要望や困っていることなど、自由に記入してください。