

働きざかりの健康づくり「出前講座」申込書

申込日：平成 年 月 日

1 希望するメニュー

「出前講座」メニュー一覧のメニュー名をご希望内容がありましたらご記入ください。

メニュー名	希望内容

2 日時・開催場所

希望する日時	・第1希望 平成 年 月 日(曜) 時 分～ 時 分 ・第2希望 平成 年 月 日(曜) 時 分～ 時 分	
開催場所	施設名	
	住所	〒
	電話番号	
参加予定者	()人	

3 申込み団体

事業所・団体等の名称		
担当者の 氏名・連絡先	住所	〒
	氏名	
	電話	— —
	F A X	— —
	メールアドレス	

※団体等の名称には、主催する団体名をご記入ください。

4 問合せ及び申込み先

高知県中央西福祉保健所 健康障害課（健康増進担当）

〒789-1201 高岡郡佐川町甲1243-4

TEL : 0889-22-1247

FAX : 0889-22-9031