

令和6(2024)年度からだスッキリ講座申込書

年 月 日

柏崎市福祉保健部健康推進課長 様

団 体 名 :

代表者住所 : 〒 -

氏 名 :

電 話 番 号 : ()

からだスッキリ講座を受講したいので、以下のとおり申込みます。

希望日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分～ 時 分	
会 場		
希望内容	<input type="checkbox"/> 健診結果の活用法 <input type="checkbox"/> 生活習慣病、糖尿病を知る <input type="checkbox"/> こころの健康 <input type="checkbox"/> 新社会人が身につけたい健康管理スキル <input type="checkbox"/> かしこく選んで無理なく減量 <input type="checkbox"/> 上手に食欲コントロールする方法 <input type="checkbox"/> 仕事の効率を高める食事 <input type="checkbox"/> 腰痛撃退！予防体操と職場環境 <input type="checkbox"/> 職場でできる簡単筋トレ <input type="checkbox"/> からだ年齢チェックと若返りのコツ <input type="checkbox"/> からだの中身が分かる！ 体組成測定 <input type="checkbox"/> 後悔しないお口の健康づくり <input type="checkbox"/> 調べてみよう！*講話メニューに追加可 (ガムを使って噛む力・唾液検査でむし菌)	
参加人数	人 (参加者の年齢層に○: 20～30代・40～50代・60代以上) (参加者の性別に○: 男性中心・女性中心・どちらも同じくらい)	
研修等の 名称及び 開催目的	名称	
	目的	
備 考	※講座等への要望等がございましたら、ご記入ください。	