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 | □健診結果の活用法 　□生活習慣病、糖尿病を知る 　□こころの健康  □新社会人が身につけたい健康管理スキル  □かしこく選んで無理なく減量　　 □上手に食欲コントロールする方法  □仕事の効率を高める食事　　　　 □腰痛撃退！予防体操と職場環境  □職場でできる簡単筋トレ　　　　 □からだ年齢チェックと若返りのコツ  □からだの中身が分かる！　体組成測定　　□後悔しないお口の健康づくり  □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・唾液検査でむし歯菌） | | |
| 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。 | | |