

年 月 日

柏崎市福祉保健部健康推進課長 様

所 在 地 〒

団 体 名

代表者 (職・氏名)

担当者 (職・氏名)

電 話 番 号

E - m a i l

からだスッキリ講座申込書

このことについて、下記のとおり申し込みます。

記

希望日時	令和 年 月 日 () : ~ : (所要時間:約 分)
会 場	
予定参加 人数	人 (主な年齢層に○:20~30歳代・40~50歳代・60歳代以上) (主な性別に○:男性が多い・女性が多い・どちらも同じくらい)
希望講座	<input type="checkbox"/> A) 健診結果活用 <input type="checkbox"/> B) 生活リズム対策 <input type="checkbox"/> C) 心を守る働き方 <input type="checkbox"/> D) 新社会人の健康管理スキル <input type="checkbox"/> E) ちょうどいい食事法 <input type="checkbox"/> F) 食欲コントロール <input type="checkbox"/> G) 効率を高める食事 <input type="checkbox"/> H) 体調を壊さない食事 <input type="checkbox"/> I) 腰痛予防体操 <input type="checkbox"/> J) 疲労回復ストレッチ <input type="checkbox"/> K) からだ年齢チェック <input type="checkbox"/> L) InBody (インボディ) 測定 <input type="checkbox"/> M) 働き世代の口腔ケア <input type="checkbox"/> N) 大人の虫歯予防 (体験付)
研修名称	
研修目的	
備 考	※講座内容への要望や、当日の機材貸出の可否などがあれば記入してください

【提出前のお願い】 申込書を提出される前に、必ず健康推進課 (Tel.0257-20-4213) へ事前連絡をお