　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-mail |  |

**からだスッキリ講座（ベルトの穴を１つ減らす！実践編）申込書**

このことについて、下記のとおり申込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 開始日時 | 年　　月　　日（　　）午前・午後　　時　　分　～　　時　　分 | | |
| 会　　場 |  | | |
| 講座名 | からだスッキリ講座（ベルトの穴を１つ減らす！実践編） | | |
| 予定参加人数 |  | 人 | （参加者の年齢層に○：20～30歳代・40～50歳代・60歳代以上） |
| （参加者の性別に○：男性が多い・女性が多い・どちらも同じくらい） |
| 健診時期 | 月～　　　　　　　月 | | |
| 備　　考 | ※講座等への要望等がございましたら、御記入ください。 | | |

**※提出前に健康推進課（℡0257-20-4213）に事前連絡をくださいますようお願いいたします。**