

からだスッキリ講座（実践編）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（実践編）を受講したいので、以下のとおり申込みます。

開始日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分～ 時 分
会 場	
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)
参加目的	
健診時期	年 月 ～ 年 月
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。

_____ 処理欄（柏崎市が記入） _____

課長	課長代理	係長	係

派遣職員

職・氏名 _____

職・氏名 _____

職・氏名 _____