

からだスッキリ講座申込書

年 月 日

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"/> 健診結果の見方 <input type="checkbox"/> 生活習慣病、糖尿病などの病態 <input type="checkbox"/> こころの健康 <input type="checkbox"/> バランスの取れた食事とは <input type="checkbox"/> 1日の適正量・カロリーについて <input type="checkbox"/> 血糖値を上げない食べ方 <input type="checkbox"/> アルコールの上手な付き合い方 <input type="checkbox"/> すぐ出来るストレッチ、筋トレの方法 <input type="checkbox"/> 正しいウォーキングの方法 <input type="checkbox"/> 歯周病や口臭を防ぐポイント <input type="checkbox"/> 大人のむし歯に要注意 <input type="checkbox"/> 噛む力のチェック	
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。	

処 理 欄

課 長	課長代理	係長	係

派遣職員
職・氏名 _____
職・氏名 _____
職・氏名 _____