　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申込書**

このことについて、下記のとおり申込みます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 * 生活習慣病を知る * こころの健康 * 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 * 交代勤務の食事のとり方 | | | * 腰痛撃退！予防体操と職場環境 * 職場でできるチョコっと運動 * からだ年齢チェック * からだの中身が分かる！体組成測定 * 大人のための口腔ケア * 体験★お口の中のむし歯菌検査 * 新社会人が身につけたい健康管理スキル |
| 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） | |
| 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、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。**