

講師登録申請書（個人用）

令和 年 月 日

健康推進員協議会 様

申請者氏名

柏崎市健康推進員協議会講師派遣事業講師への登録を下記のとおり申請します。

記

ふりがな		生年月日	
※氏名			
住所	〒		
電話番号	なるべく日中に連絡可能な電話番号をご記入ください		
FAX			
Eメール	アドレスをお持ちの方のみ		
※写真の掲載	1 希望しない 2 希望する →別途写真を提出してください(電子データ可)		
※講座名・内容	具体的な講座名、指導・活動内容をお書きください		
免許・資格等			
活動経歴			
※指導対象	1 どなたでも 2 その他()		
※対象人数	1 制限なし 2 その他()		
※時間	1 特定しない 2 特定する()		
※曜日	1 特定しない 2 特定する()		
※PRメッセージ			

※印のついている項目は、人材情報として健康推進員に公表します。(担当:健康推進員協議会事務局(元気館内))

団体登録申請書

令和 年 月 日

健康推進員協議会 様

申請者氏名

柏崎市健康推進員協議会講師派遣事業講師へ団体としての登録を下記のとおり申請します。

記

ふりがな ※団体名		
代表者氏名		
連絡先	住所	
	担当者	
	電話	なるべく日中に連絡可能な電話番号をご記入ください。
	FAX	アドレスをお持ちの方のみ
	Eメール	
※登録講師人数	<u>登録講師毎に、様式第1号 登録申請書(個人用)を添付してください。</u>	
※写真の掲載	1 希望しない 2 希望する→別途写真を提出してください(電子データ可)	
※PRメッセージ		

※印のついている項目は、人材情報として健康推進員に公表します。

(担当:健康推進員協議会事務局(元気館内))

承認(却下)通知書

令和 年 月 日

様

健康推進員協議会

柏崎市健康推進員協議会講師派遣事業 講師としての登録を承認(却下)いたします。

<問合せ先> 健康推進員協議会事務局

〒945-0061 柏崎市栄町 18 番 26 号 (元気館)

柏崎市 健康推進課 地域保健係 【担当:田辺、羽鳥、渡邊】

電話 : 0 2 5 7 - 2 0 - 4 2 1 4 FAX : 0 2 5 7 - 2 2 - 1 0 7 7

E-mail : kenko@city.kashiwazaki.lg.jp

登録内容変更・登録取消届

令和 年 月 日

健康推進員協議会 様

申請者氏名
住 所
連絡先

柏崎市健康推進員協議会講師派遣事業 講師としての登録内容を下記のとおり変更・取消
します。

記

変更があった事項	【変更前】	【変更後】

(担当:健康推進員協議会事務局(元気館内))

講師派遣依頼書

受付日 令和 年 月 日

派遣指導者名	様
派遣依頼日	令和 年 月 日()
時間	(AM・PM) (AM・PM) : ~ :
会場(住所)	
会場の様子 (体育館?和室?板の間?畳? 広さは何畳?などを詳細に)	
依頼者(団体)	
代表者名	
連絡先(電話)	
内容	
年齢・性別・人数	
参加者の様子	
地区担当保健師	電話(—)

当日、謝礼をお渡ししますので、印鑑をご持参ください。