

健康づくり出前講座申込書

申込日

年 月 日

大石田保健福祉課長 殿

(申 込 者)

団体名

代表者 住所 大石田町

氏名

⑩

(連絡先 ー)

下記のとおり健康づくり出前講座を申し込みます。

希望する 講座メニュー	
講座希望日時	第1希望 平成 年 月 日 時 分～ 時 分
	第2希望 平成 年 月 日 時 分～ 時 分
開催場所 (施設名または住所)	
参加予定人数	人
備 考	

※この申込書は保健福祉課窓口に提出するか、FAX 0237-35-2118 までお送りください。

お問い合わせ・申込先

大石田町保健福祉課 保健医療グループ

TEL 35-2111 (内線171) FAX 35-2118