**健康づくり出前講座申請書**

申込日

令和　　年　　月　　日

大石田町保健福祉課長　　殿

　　　　　　　　　　　　　（申　込　者）

　　　　　　　　　　　　　　　団体名

代表者　住所　大石田町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先　　　―　　　　　　　　）

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　令和　　　年　　月　　日　　　　　　　　時　　分～　　　　時　　分　　　 |
| 第2希望　令和　　　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 |  |

※この申請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