健康出前講座申込書

令和　　年　　月　　日

　大船渡保健所保健課　宛て

　　電話　27-9922

FAX　27-4197

　　Email CC0007＠pref.iwate.jp

　　※　番号をよくお確かめ下さい

事業所名

住 所

電 　　話

担当者氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
| 会　場 |  |
| 参加予定人数 | 人 |
| テーマ | ① 健康づくり・食生活  ② たばこ・アルコール  ③ 歯・口の健康  ④ こころの健康  ⑤ 感染症予防  ⑥ その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備　　考 | ☆　プロジェクター・スクリーンの準備の可否  〔 プロジェクター ・ スクリーン ・ 両方準備可能　/　準備不可 〕  ☆　希望内容等 |

※　FAXまたはお電話、Emailでお申込みください。後日、担当者様に御連絡いたします。