

|    |    |    |   |
|----|----|----|---|
| 館長 | 主査 | 主任 | 係 |
|    |    |    |   |

「出張健康講座」 申込書

依頼日：令和 年 月 日

グループおよび代表者についてご記入ください

| グループ名 |      | 参加人数・年代 | 名（代） |
|-------|------|---------|------|
| 代表者   | ふりがな |         |      |
|       | 氏名   |         |      |
|       | 住所   | 〒       |      |
|       |      | 八王子市    |      |
|       | 電話番号 |         |      |

依頼内容に✓をつけてください

|                                |                                    |                                |
|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 生活習慣病 | <input type="checkbox"/> フレイル      | <input type="checkbox"/> 女性の健康 |
| <input type="checkbox"/> 栄養    | <input type="checkbox"/> ロコモ度測定    | <input type="checkbox"/> その他   |
| <input type="checkbox"/> 歯科    | <input type="checkbox"/> 体力測定      | ( )                            |
|                                | <input type="checkbox"/> 八王子けんこう体操 |                                |

利用する会場についてご記入ください

|      |  |
|------|--|
| 会場名  |  |
| 所在地  |  |
| 電話番号 |  |

ご希望の日時をご記入ください

|      |      |      |
|------|------|------|
| 希望日時 | 第一希望 | 第二希望 |
|      |      |      |

※以下市使用欄（申込者記入不要）

|     |                                                      |  |                                        |  |
|-----|------------------------------------------------------|--|----------------------------------------|--|
| 申込時 | <会場>                                                 |  | <駐車場>                                  |  |
|     | <input type="checkbox"/> 会場図・広さ確認                    |  | <input type="checkbox"/> 駐車場の場所・地図にて確認 |  |
|     | <input type="checkbox"/> 会場の場所・地図にて確認                |  | <input type="checkbox"/> 駐車可能台数：____台  |  |
|     | <input type="checkbox"/> 用意可能物品：（おおよそ）椅子____脚・机____台 |  | 申込受付者：_____                            |  |
| 担当  |                                                      |  |                                        |  |