

「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"/> 健診データの見方
<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防（高血圧・糖尿病・脂質異常症など）について
<input type="checkbox"/> 運動（八王子けんこう体操体験会・体力測定会・フレイル予防など）
<input type="checkbox"/> 女性の健康 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 歯科
<input type="checkbox"/> その他 ()

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

	第一希望	第二希望
希望日時		

※以下市使用欄（申込者記入不要）

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