「出張健康講座」　申込書

依頼日：令和　　年　　月　　日

団体名		参加予定人数・年代	名（　　歳代）
代表者	ふりがな		
	氏名		
	住所	〒	
		八王子市	
	電話番号	携帯：	自宅：

希望の内容に✔をつけてください

- ☐ 生活習慣予防（高血圧・糖尿病・脂質異常症など）の講話と血管年齢測定
- ☐ フレイル予防の講話と体力測定(握力･歩行速度等の測定)
- ☐ オーラルフレイル予防の講話とお口の運動測定
- ☐ 八王子けんこう体操の体験
- ☐ 熱中症予防、女性の健康(乳がん･子宮がん)、骨粗しょう症予防などの講話
- ☐ 転倒予防･フットケアについての講話
- ☐ 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

希望日時	第一希望	第二希望
	日にち：　　月　　日　　曜日	日にち：　　月　　日　　曜日
	時間　：　　～	時間　：　　～

※以下市使用欄（申込者記入不要）

申込時	＜会場＞ ☐ 会場図・広さ確認 ☐ 会場の場所・地図にて確認 ☐ 用意可能物品：(おおよそ) 椅子____脚・机____台	＜駐車場＞ ☐ 駐車場の場所・地図にて確認 ☐ 駐車可能台数：_____台 申込受付者：_____
担　当		