（○　讃）保健福祉事務所（小豆総合事務所）　出前講座ご担当者様　　行

ＦＡＸ：（一覧表参照）

出前講座申込書

下記のとおり、香川県の出前講座を申込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名（健保記号） | （　　　　　　　　　　　） |
| 健康宣言の有無 | 有　・　無　　　　　　　宣言番号（　　　　　　　　） |
| 事業所の所在地 |  |
| ご担当者様の部署及び氏名 | 部署：氏名：＊後日、打合わせのためにご連絡いたします |
| 電話番号 | （　　　　　　） |
| メールアドレス |  |
| 開催希望日時 | 第１希望：　　　月　　　日（　　）　時　　分～　　時　　　分第２希望：　　　月　　　日（　　）　時　　分～　　時　　　分＊原則、月曜日から金曜日、３０分～９０分程度＊第２希望まで、ご記入ください |
| 開催場所 | ※オンラインでの受講を希望される場合は、ご相談ください |
| 参加予定人数 | 名（男性　　　名、女性　　　名） |
| 希望する内容 | ※ご希望のテーマを○で囲ってください①メタボリックシンドロームについて②がんについて③こころの健康づくりについて④食生活について⑤喫煙対策について⑥運動について⑦健康運動指導士等の講師派遣（先着５事業所）⑧その他（　　　　　　　　　　　　　　　　 ）＊組み合わせてもOK。健康チェックもできます |

＊本状（申込書）にてお申込み後、県保健福祉事務所より、電話にて詳細な打合せをさせていただきます。