

# 出張職域健康教室 申込書

【お申込・お問合せ先】 FAX:0175-73-0045 TEL:0175-73-7733  
 横浜町健康みらい課（菜の花にこにこセンター）

|          |          |                  |      |                       |               |
|----------|----------|------------------|------|-----------------------|---------------|
| 団体・事業所名等 |          |                  |      |                       |               |
| 連絡先      | 住所       | □□□-□□□□         |      |                       |               |
|          | 代表者名     | フリガナ             |      |                       |               |
|          | 電話       |                  |      |                       |               |
|          | FAX      |                  |      |                       |               |
|          | e-mail   |                  |      |                       |               |
| 講話の希望    | 日時       | 第一希望             | 年    | 月                     | 日( ) 時 分～ 時 分 |
|          |          | 第二希望             | 年    | 月                     | 日( ) 時 分～ 時 分 |
|          |          | 第三希望             | 年    | 月                     | 日( ) 時 分～ 時 分 |
|          | 会場名      |                  | 連絡先  |                       |               |
|          | 番号・テーマ   | ※テーマ一覧からお選びください。 |      |                       |               |
|          | 特に聞きたい内容 |                  |      |                       |               |
|          | 参加人数     |                  | 講話資料 | ○事前に欲しい( )部<br>○当日でよい |               |
| ご質問・ご意見  |          |                  |      |                       |               |
|          |          |                  |      |                       |               |
| 受付日      | 月        | 日                | 受付者  | 受付番号                  |               |

## 出張職域健康教室 決定通知書

ご依頼いただいた件については、下記のとおり決定しましたので、お知らせします。

|            |        |             |   |   |               |
|------------|--------|-------------|---|---|---------------|
| 団体・事業所等の名称 |        |             |   |   |               |
| テーマ        |        |             |   |   |               |
| 決定内容       | 日時     | 令和          | 年 | 月 | 日( ) 時 分～ 時 分 |
|            | 会場名    |             |   |   |               |
|            | お問合わせ先 | 担当課:<br>電話: |   |   |               |

※確認事項があった際は、代表者の方へ連絡させていただきます。  
 また、裏面の参加者名簿の記入もよろしくお願い致します。

# 参加申込者名簿

| No | 氏名・フリガナ | 性別  | 年齢 | 生年月日 | 居住地 |
|----|---------|-----|----|------|-----|
| 1  |         | 男・女 |    |      |     |
| 2  |         | 男・女 |    |      |     |
| 3  |         | 男・女 |    |      |     |
| 4  |         | 男・女 |    |      |     |
| 5  |         | 男・女 |    |      |     |
| 6  |         | 男・女 |    |      |     |
| 7  |         | 男・女 |    |      |     |
| 8  |         | 男・女 |    |      |     |
| 9  |         | 男・女 |    |      |     |
| 10 |         | 男・女 |    |      |     |
| 11 |         | 男・女 |    |      |     |
| 12 |         | 男・女 |    |      |     |
| 13 |         | 男・女 |    |      |     |
| 14 |         | 男・女 |    |      |     |
| 15 |         | 男・女 |    |      |     |
| 16 |         | 男・女 |    |      |     |
| 17 |         | 男・女 |    |      |     |
| 18 |         | 男・女 |    |      |     |
| 19 |         | 男・女 |    |      |     |
| 20 |         | 男・女 |    |      |     |