

地区健康教室『サブロー健康塾』申込書

令和 年 月 日

大和町健康推進課長 殿

団体名 _____

代表者氏名 _____

住所 _____

連絡先 _____

地区健康教室『サブロー健康塾』の講師派遣について、次のとおり申込みます。

希望日時	第1希望：令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分 第2希望：令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分
実施場所	名 称： 所在地：
希望内容	①高血圧を予防しよう ②運動習慣を身に付けよう ③栄養バランスについて～適量について～ ④歯科保健について ⑤メンタルヘルスについて（こころの健康）
参加人数	合計 人
備 考 【役場記入欄】	<input type="checkbox"/> 駐車場の確認【有（ 台）・無（駐車場所 ）】 <input type="checkbox"/> 会場の広さ【運動可・不可】 <input type="checkbox"/> 上靴の持参（運動の場合伝える）