

受付	地区 健康づくり推進員 氏名	電話	—
----	----------------	----	---

市記入欄	課長	課長補佐	記入例	年 月 日
				おり派遣して

※太枠内を記入してください。

講師派遣依頼書		
(あて先) 健康づくり課長	令和3年 5月 1日	
団体名	保健グループ	
連絡担当者	住所 沼津市八幡町97番地	
	氏名 保健 次郎	
	電話 055-951-3480	
依頼者記入欄	日 時	令和3年 5月 1日(火曜日) 午前(午後) 1時 30分 ~ 午前(午後) 3時 00分
	開催場所	第一地区センター
	内 容	生活習慣病予防の話
	出席予定人数	30 人 (概ね 40 歳 ~ 60 歳)
	講師派遣希望人員	保健師 1 人 栄養士 人 運動指導士 人 歯科衛生士 人 看護師 人
		派遣を希望する講師人員を記入してください。

【利用にあたっての注意事項】

- ・開催希望の1か月前までにお申し込みください。
- ・体組成測定や骨密度測定など機械による測定を希望する場合は、2か月前までにお申し込みください。
- ・測定機械の使用状況や講師の都合等により、ご希望に添えないこともありますのでご了承ください。
- ・「講師派遣依頼書」受付後、連絡担当者様へ折り返しご連絡差し上げます。

市記入欄	健康相談 ・ 健康教育	成人/母子	受付日	受付者	□台帳入力
	派遣者名		申込方法: 持参 ・ 電話 ・ FAX □連絡		
			体組成() ・ 骨健康度 ・ 血圧計() 乳がんモデル ・ 足指力 ・ 握力計 長座体前屈 ・ その他		