

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	主幹	係長	係	年 月 日 本書の通り派遣して よいか伺います。

※太枠内を記入してください。

講師派遣依頼書		
依頼者記入欄	(あて先) 健康づくり課長	年 月 日
	団体名	_____
	連絡担当者	住所 _____
		氏名 _____
		電話 _____
	日 時	年 月 日 ( 曜日)※ 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分
開催場所		
内容		
出席予定人数	人 (概ね 歳 ~ 歳)	
講師派遣希望人員	保健師 人 栄養士 人 運動指導士 人 歯科衛生士 人 看護師 人 その他 人	

【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	<input type="checkbox"/> 台帳入力
	派遣者名		申込方法: 持参 ・ 電話 ・ FAX <input type="checkbox"/> 連絡		
			体組成( ) ・ 骨密度 ・ 血圧計( ) 乳がんモデル ・ 足指力 ・ 握力計 その他		