

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	<b>記入例</b>	年 月 日
				の通り派遣して まいが伺います。

※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	年 月 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	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>申請団体及び連絡担当者の方の住所・氏名・電話番号を記入してください。</b> </div>
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>開催日時は、平日・夜間・休日問わず、概ね1時間30分程度としてください。</b> </div>
	日 時 令和元年 6月 3日( 月曜日) 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 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>公民館等の公共施設を申込者が確保して記入してください。</b> </div>
	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 その他 人 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>派遣を希望する講師人員を記入してください。</b> </div>	

【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。
- ・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 ・ その他		