

(FAX送信先) 高知市保健所 健康増進課

FAX:088-823-8020

健康講座 開催申込書

太枠内に必要事項を記入してください。

申込日 年 月 日

| | | | | | | | | |
|--------------------|--|-----|---|------|--------|-----|---|-----|
| 申込み者氏名 (申込み団体名) | | | | | | | | |
| 住所・所在地 | 高知市 | | | | | | | |
| 昼間の連絡先 | 電話 | | | | FAX | | | |
| 担当者氏名 | | | | | E-mail | | | |
| 開催希望日時 | ①平成 | 年 | 月 | 日() | 時 | 分から | 時 | 分まで |
| | ②平成 | 年 | 月 | 日() | 時 | 分から | 時 | 分まで |
| | ③平成 | 年 | 月 | 日() | 時 | 分から | 時 | 分まで |
| 開催希望場所 | 名称 | | | | | | | |
| | 所在地 | 高知市 | | | | | | |
| 受講予定者 | 名 (男性 名・女性 名) (多い年代に○をつけてください) 20代以下・30代・40代・50代・60代・70代・80代以上 | | | | | | | |
| 申込みの きっかけ | ①ホームページを見て ②人づてに聞いて ③例年申し込んでいる ④他の団体からの紹介 () ⑤その他 () | | | | | | | |
| 講座内容への 要望など | | | | | | | | |
| その他質問など 自由記載 | | | | | | | | |

上記の個人情報は、本講座開催以外の用途には用いません。