支部様式１

令和　　年　　月　　日

公益財団法人兵庫県健康財団　　支部
健康づくり部長　　様

団体等の名称
代表者職氏名

「健康マイプラン実践講座」申込書

「健康マイプラン実践講座」に下記のとおり申し込みます。

記

名　　称				
開催予定日時				
開催場所	住所　〒			
対象者				
参加予定人数				
講習会等の目的				
希望講習内容 ※ 希望する項目に○を入れてください。 具体的な内容、講師の希望等ございましたらご記入ください。	１　生活習慣病　　２　健康チェック　　３　からだ（運動）　　４　食 ５　たばこ　　６　アルコール　　７　歯及び口腔　　８　こころ ９　健康危機における健康確保対策　　１０その他（　　） （　　）			
連絡先	担当者			
	住所	〒		
	電話番号		FAX	
	e-mail			

※事業のわかる資料（実施要領､事業案内等）を、添付してください。