様式１

　令和　　年　　月　　日

公益財団法人兵庫県健康財団

理事長　　山下　輝夫　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 |  | | | |
| 講演会等の目的 |  | | | |
| 希 望 講 演 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（認知症関連を含む）  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 |  | | | FAX |  |

※　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。