

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	<table border="1"><tr><td>担当者</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>住所</td><td colspan="3">〒</td></tr><tr><td>電話番号</td><td></td><td>FAX</td><td></td></tr><tr><td>e-mail</td><td colspan="3"></td></tr></table>	担当者				住所	〒			電話番号		FAX		e-mail			
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。