

令和 年 月 日

公益財団法人兵庫県健康財団
理事長 阪本 佳一 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			

※ 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。