

# 健康づくり講習会等申込書

事業所の事業内容												
第1希望日	平成	年	月	日	曜日	希望時間	時	分	～	時	分	
第2希望日	平成	年	月	日	曜日	希望時間	時	分	～	時	分	
希望講師	第1希望						第2希望					
希望講演テーマ												
講演会会場	名称						所在地					
予定受講者数												
受講種目 下記のご希望の受講種目番号に○印をしてください ↓												
1	医師等による講習					3	保健体育専門家による講習					
2	栄養士等による講習					4	保健師による講習					
事業所の名称												
所在地		☎										
電話						FAX						
担当者												
申請日		平成	年	月	日							

一般財団法人 愛媛社会保険協会長 殿

お申込みFAX <b>089-941-9080</b>
-----------------------------