

“ご確認”ください！ ~FAXでお申し込みされる場合は、下記の送信先を確認の上、送信してください~

希望するテーマ No.が①~④
送信先:管理課
FAX:022-374-8412

希望するテーマ No.が⑤~⑩
送信先:障害高齢課
FAX:022-372-8005

希望するテーマ No.が⑪~⑳
送信先:家庭健康課
FAX:022-371-2558

令和6年度 泉区健康出張講座申込書 (FAX・郵送・窓口持参用)

団体名										
代表者氏名 (連絡先)		住所								
		電話								
実施 日時	令和 年 月 日 時 分 から 時 分 まで			会場			年齢構成			
				予定人数		名	内 訳	男性 名	女性 名	
団体 対象 情報	【団体区分】 ・右記の選択肢か ら団体区分を当て はまるものに1つ☑ してください。		<input type="checkbox"/> 一般家庭 <input type="checkbox"/> 保育・幼稚園・学校 <input type="checkbox"/> 施設(介護・その他) <input type="checkbox"/> 一般企業 <input type="checkbox"/> その他 ()			【対象者区分】 ・右記の選択肢 から参加予定対 象者をすべて☑ してください。		<input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 学童・学生 <input type="checkbox"/> 一般(職員・保護者・その他) <input type="checkbox"/> シニア(65歳以上) <input type="checkbox"/> その他()		
チラシの表面を参考に希望されるテーマの No.を下記にご記入ください(複数テーマの希望も可能です)。										
要望・その他										

※ 上の太線枠内にご記入ください。原則、1団体につき、ご利用は年1回までとさせていただきます。

※ 営利目的や政治活動、宗教勧誘の場となる集まりの場合は、お申し込みいただけません。

泉区保健福祉センター 使用欄

※テーマ例8・9については、障害高齢課と家庭健康課で協議し担当を決める

決 裁	課長	主幹	主幹	主幹兼 増進係長	母子係長	事業担当 (母子・増進)			地区 担当	当日 担当	当日 担当	合 議		

起案月日： 令和 年 月 日 起案者： _____

上記のとおり実施してよろしいか伺います。

当日担当者職種及び氏名

職種		氏名		職種		氏名	
----	--	----	--	----	--	----	--