

健康づくり講習会等への講師派遣依頼・申込書

年 月 日

〒640-8319

和歌山市手平2-1-2 和歌山ビッグ愛5階

一般財団法人 和歌山県社会保険協会 宛

所在地 〒

事業所名

担当者名

電話番号

実施希望日（第1）	年 月 日（ ）午前・午後 時 分～ 時 分
実施希望日（第2）	年 月 日（ ）午前・午後 時 分～ 時 分
受講予定者	名 / 職種（ ）
受講場所	
希望事項 ※希望される番号に○をしてください	【講習会】 1. 医師による講習会 2. 歯科衛生士による講習会 3. 保健師による講習会 4. 管理栄養士による講習会 5. 臨床心理士による講習会 【健康相談】 6. 保健師による健康相談 【実技・運動指導】 7. 体育専門家による講習会 【その他】 8. （ ）による講習会
希望される講習内容 ※具体的に記載してください	

※この用紙を使用される場合は、FAX(073-426-1565)または郵送でお申込みください