

年 月 日

(一財)九州健康総合センター
保健指導チーム 行

講話・健康教室 申込書

※全ての項目にご記入ください。

希望日時	第一希望	月 日 時 分 ~ 時 分
	第二希望	月 日 時 分 ~ 時 分
	第三希望	月 日 時 分 ~ 時 分
希望テーマ	第一希望	
	第二希望	
実施場所(予定)		
参加人数(予定)		
貴社名		
(ふりがな)		
ご担当者氏名		
連絡先(電話番号)		
連絡先(メールアドレス)		
その他 (ご要望等)		

※ご記入の上、メールまたはFAXで「健康教室」は2ヶ月前までに、「講話」は1ヶ月前までに

お申込みください。申込書を受け取り後、こちらからお電話をさせていただきます。

※希望日時は、ご希望にそえない場合があります。ご了承下さい。

※テーマは多数取り揃えております。ご相談下さい。

※ご記入いただいた個人情報は、講話・健康教室に関するご案内・ご連絡、参加登録、及び
弊センターからの情報提供のために利用します。

※ご記入いただいた個人情報を第三者に提供することはありません。