

# 地域健康教室申込書

令和 年 月 日

地域健康教室の開催について、次のとおり申し込みます。

代表者名：\_\_\_\_\_

グループ名：\_\_\_\_\_ ※

※行政区の場合は地区名

内容 ※1つに☑	<input type="checkbox"/> 栄養教室（希望テーマ _____） <input type="checkbox"/> 健康教室（希望テーマ _____） <input type="checkbox"/> 骨密度測定 <input type="checkbox"/> 血管年齢測定 <input type="checkbox"/> 最終糖化物質測定 <input type="checkbox"/> その他機器測定（ _____ ）裏面参照
実施日	第1希望日：令和 年 月 日（ ）
	第2希望日：令和 年 月 日（ ）
実施場所	施設名： _____
	住所：白馬村
実施時間	午前・午後 時 分から 分程度
参加人数	_____ 人（見込み）
担当者	氏名： _____
	住所：白馬村
	電話： _____ F A X： _____
備考	

※申込みは、実施日の1～2か月前までにお願いします。

※第2希望までご記入ください。

## 【申込先】

白馬村健康福祉課

T E L：0261-85-0713 F A X：0261-72-7001

メール：[hukushi@vill.hakuba.lg.jp](mailto:hukushi@vill.hakuba.lg.jp)