**出張セミナー申込書**

申込日　　　　年　　　月　　　日

※開催希望日が具体的にお決まりの場合は、開催希望日の2か月前までに申込書をご提出ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所・団体情報 | 1. 事業所名・団体名 |  |
| 1. 事業所・   団体所在地 | 〒 |
| 1. 担当者氏名 |  |
| 1. 担当者   連絡先 | 電話：  FAX：  メール： |
| 1. 出張セミナーを   希望しますか？ | | □希望する  □検討している  　→以下の項目は、想定している範囲でお答えください。 |
| 1. 開催希望日時 | | 第1希望　　　　年　　月　　日（　　）　　　：　　～　　：  第2希望　　　　年　　月　　日（　　）　　　：　　～　　：  第3希望　　　　年　　月　　日（　　）　　　：　　～　　： |
| ⑦開催希望場所 | | □②の所在地内  →駐車場　□有・　□無  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑧参加予定人数 | | 名 |
| ⑨セミナーを  希望するテーマ  （複数選択可） | | □最新の歯と口のケア方法（むし歯予防、歯周病予防）  □栄養バランスの良い外食やコンビニ弁当の選び方（まずは基本から）  □職場や家庭でできる減塩のコツ（血圧や腎臓病が気になる方向け）  □血管を若く保つ食事（コレステロールや中性脂肪が気になる方向け）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑩その他ご要望等 | |  |

本申込書は、郵送またはFAXでご提出ください。

内容を保健所で確認後、詳細なご案内をさせていただきます。

ご提出先：

町田市保健所保健予防課

〒194-0021　町田市中町2-13-3

TEL　042-722-7996　FAX　050-3161-8634