**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