

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	
	② 事業所・団体所在地	〒
	③ 担当者氏名	
	④ 担当者連絡先	電話： FAX： メール：
⑤ 出張セミナーを希望しますか？	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 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。	
⑥ 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	<input type="checkbox"/> ②の所在地内 →駐車場 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 最新の歯と口のケア方法 (むし歯予防、歯周病予防) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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