



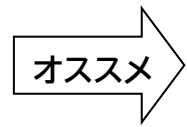
R6保健センター健康講座申込書

令和 年 月 日

健康に関するお話や健康体操など、みなさまの健康づくりのお手伝いさせていただきます！

団体名 _____ 申込者 _____

電話 (_____) _____ - _____ FAX、Email _____



A フレイル予防 (2回分になります)

まずはここから！運動、栄養、認知症予防、歯科についてまるっと学べるお得講座

B 高血圧予防 : 血圧コントロールの講座(塩味の感度チェック体験あり)

C 転倒予防 : 様々な運動器具を使用した、健脚づくり

D 体力測定会 : 体の機能・能力やお口の機能チェック

E その他 : 認知症予防、お口の健康や食事など

内容・回数は
要相談

◎希望日時、内容(上記A～Eからお選びください)

	日 時 ※必ず第2希望までご記入ください	内容(同日1つまで)
1回目	第1希望 ____月__日(____) ____:____ ~ ____:____ 第2希望 ____月__日(____) ____:____ ~ ____:____	A・B・C・D・E 内容:
2回目	第1希望 ____月__日(____) ____:____ ~ ____:____ 第2希望 ____月__日(____) ____:____ ~ ____:____	A・B・C・D・E 内容:
3回目	第1希望 ____月__日(____) ____:____ ~ ____:____ 第2希望 ____月__日(____) ____:____ ~ ____:____	A・B・C・D・E 内容:

◎会 場 _____

(会場設備: 和室・洋室・机・椅子・座布団・机付ボード・マイク・TV・DVD再生機)

◎参加予定人数 _____名 参加者年齢 _____歳代

◎予約日時等記入欄 (決定後、メモとしてご利用ください)

【1回目】日時: ____月__日(____) ____:____ ~ ____:____ 当日担当 _____

【2回目】日時: ____月__日(____) ____:____ ~ ____:____ 当日担当 _____

【3回目】日時: ____月__日(____) ____:____ ~ ____:____ 当日担当 _____

【健康推進課記入欄】
(連絡がつながりやすい
時間帯・曜日など)

【問い合わせ】 知多市健康推進課(保健センター)

電話:0562-54-1300 / FAX:0562-55-3838 / Email:hokennet@city.chita.lg.jp