

R7 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 健幸シニア応援プログラム

- ① フレイル予防編 : 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
② 高血圧予防編 : 血圧コントロール講座(塩味の感度チェック体験あり)

B 転倒予防 : 様々な運動器具を使用した、健脚づくり

C お口と体の健康測定会 : 体の機能・能力やお口の機能チェック

D 体操・運動 E 認知症予防 F 栄養

G 歯科 H その他

内容・回数は
要相談

◎希望日時、内容(上記A～H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(____) ____:____ ~ ____:____	A①・A②・B・C D・E・F・G・H
2回目	第1希望 ____月____日(____) ____:____ ~ ____:____ 第2希望 ____月____日(____) ____:____ ~ ____:____	A①・A②・B・C D・E・F・G・H
3回目	第1希望 ____月____日(____) ____:____ ~ ____:____ 第2希望 ____月____日(____) ____:____ ~ ____:____	A①・A②・B・C D・E・F・G・H

◎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: hokenet@city.chita.lg.jp

R7 保健センター健康講座申込書

【健康推進課 記入欄】

申込受付:

	当日担当者	入力	車予約	講師依頼	連絡事項等
【1回目】					
【2回目】					
【3回目】					

以下自由記載

◎ 聞き取り・確認方法： 面接 ・ TEL ・ その他()