

働き盛り世代向け健康応援セミナー申込書

年 月 日

健康増進課 宛

申 込 者	ふりがな		
	事業所等の名称		
	ふりがな		
	代表者の氏名		
	ふりがな		
	担当者の氏名		
	連絡先	住所	
	電話 () -	FAX () -	
	Eメールアドレス		
	参加予定人数	人	
	目的		
	希望テーマ		
	開催方法	<input type="checkbox"/> 対面での開催を希望 <input type="checkbox"/> オンラインでの開催を希望	
日 時 ・ 会 場	第 1 希望	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	
		会場名	会議室名
	第 2 希望	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	
		会場名	会議室名

- (注意) 1 三田市外への出講は行っておりません。
 2 窓口か、郵送・ファクス・メールにて申し込んでください。
 3 メールでの申込みの場合は、件名に「働き盛り世代向け健康応援セミナー申込み」とご記入ください。
 4 万一、都合が悪くなった場合は、至急ご連絡ください。

* 業務の関係で、実施日時等の変更等について健康増進課からご相談・調整させていただきます。

[問い合わせ先]

三田市健康増進課

TEL 559-6155 FAX 559-5705

E-mail : kenkou_u@city.sanda.lg.jp