年　　　月　　　日

したら保健福祉センター健康講話依頼書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |  |
| 健康に関する講話を御希望の方は、下記に必要事項を記入し、したら保健福祉センターへご提出ください。提出方法は、したら保健福祉センター窓口、メール、郵送、FAXのいずれかです。 |
| 希望日時 | 　　年　　月　　日（　　曜日） |
| 午前・午後　　　時　　分～　　時　　分まで |
| 講話内容 | 　 |
|
|
| 会場 | 　 |
|
|
| 受講予定人数 | 　 |
|
|
| 依頼者 | 団体名 | 　 |
|
| 担当者名 | 　 |
|
| 住所 | 〒　　　　- |
|
| 電話番号 | 　 |
|
| 備考 | 　 |
|
|
| **当日までの流れ** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| １．依頼書へ必要事項を記入し、したら保健福祉センターへ提出 |
| ２．したら保健福祉センターから依頼者へお電話で内容、日時等の確認 |
| ３．当日の講話 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| ※　ご不明な点があれば下記へお問い合わせください。 | 　したら保健福祉センター住所　〒441-2301設楽町田口字向木屋4番地TEL:0536-62-0901　/　FAX:0536-62-0902　/　Mail:hoken@town.shitara.lg.jp |

**問い合わせ**