職場の健康づくり事業　講師派遣申込書

年　　　月　　　日

(一財)新潟県社会保険協会　御中

事業所所在地　　〒

事業所名称

[℡:　　　　　　　　　　　　][fax:　　　　　　　　　　　]

担当者氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 開催予定日時 | 　　　　　　　年　　　月　　　日　　　曜日　　午前・午後　　　時　　　分から　　　時　　　分 |
| 参加予定人数 | 　　　　　　　名（男性　　　名　女性　　　　名） |
| 開催場所 |  |
| 講習項目 | ※該当する項目を○で囲んでください　１　保健師による健康管理・健康相談　２　栄養士による食事と健康相談　３　歯科衛生士よる講習　４　体育専門家による運動と健康講習　５　薬剤師による講習 |
| 備考 | ※ご希望のテーマや内容等をご記入ください |

（一財）新潟県社会保険協会　FAX：０２５－２９０－３２０１