

「職場の健康づくり事業」講師派遣申込書

年 月 日

一般財団法人新潟県社会保険協会 御中

事業所所在地 〒

事業所名称

電話番号

FAX番号

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	名称 所在地 電話番号 FAX番号
講習項目	*該当する番号を○で囲んでください 1 栄養士による講習 2 健康運動指導士による講習 3 薬剤師による講習
備考	*希望する講習内容やテーマを具体的に記載してください

送付先：(一財)新潟県社会保険協会

FAX. 025-290-3201