

健康管理指導講座等申込書

事業所整理記号			
事業所所在地			
事業所名			
代表者氏名			⑩
開催場所			
※所在地と違う場合のみ記入			
電話番号		担当者氏名	

- 1 希望する講座等に○印を付して具体的な希望を記入してください。
- 2 日程等の調整をさせていただきます。

チェック	講習等の区別	希望内容等（具体的に）
<input type="checkbox"/>	医師による講習	
<input type="checkbox"/>	保健師による講習（講習後の個別相談可能）	
<input type="checkbox"/>	管理栄養士による講習（講習後の個別相談可能）	
<input type="checkbox"/>	健康運動指導士等による講習（講習後の体力測定可能）	
<input type="checkbox"/>	体力測定器具の貸出	
<input type="checkbox"/>	ビデオテープ・DVD等の貸出（ご希望の方にはリストを送付）	

参加人数（見込み）	男性	名	開催等希望日時 （第1希望）	月	日	時	分
	女性	名		時	分		
平均年齢	合計	名	開催等希望日時 （第2希望）	月	日	時	分
	約	歳		時	分		

申込先 （一財）石川県社会保険協会
 金沢市御影町20-1
 FAX 076-244-3342
 TEL 076-244-3341