

健康づくり応援団の職員派遣依頼書

鎌倉市長 宛

申込日	年 月 日
申込者	団 体 名：
	代 表 者：
	担当者氏名： <input type="checkbox"/> 代表者に同じ
	住 所：鎌倉市
	電 話 番 号： F A X 番 号：
	E m a i l：

次のとおり、健康づくりに関する講話等への職員の派遣について、ご依頼申し上げます。

対象者	(参加予定数 名程度)		
参加者の 主な年代	<input type="checkbox"/> 乳幼児・学童 <input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代		
	<input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代 <input type="checkbox"/> 80代以上		
会場	(駐車スペース：有・無)		
依頼 内容	実施年月日	時間	内容
	月 日 ()	: ~ :	
	月 日 ()	: ~ :	

市民健
介保

市民健
介保

【問合せ先・FAX送信先】

鎌倉市介護保険課 電話：0467-61-3976〔直通〕 FAX：0467-23-7505〔代表〕

鎌倉市市民健康課 電話：0467-61-3940〔直通〕 FAX：0467-23-7505〔代表〕

----- この点線から下は市が記入します -----

上記の内容で職員を派遣します。

_____年 月 日 確認者(課)

※内容に変更が生じた場合には、ご連絡をお願いいたします。〔 年 月 日修正〕

機器
講師
連絡