

# 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： <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 代表者に同じ</span>
	住 所：鎌倉市
	電 話 番 号： <span style="float: right;">F A X 番 号：</span>
	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 (    )                      :    ~    :	

**【問合せ先・F A X 送信先】**

鎌倉市市民健康課 電話：0467-61-3946〔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 \_\_\_\_\_

※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	