「つながり健康出前教室」参加申込書

年　　月　　日

団体名			
代表者氏名			
連絡先		電話番号	FAX
希望日時・会場	第１希望	年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　分間	
	第２希望	年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　分間 ※日時は、業務等の都合により希望に添えない場合もあります。	
	会　場		
	住　所		
希望テーマ ※希望テーマの数字を〇で囲んでください		①低栄養予防　②身体的フレイル予防　③お口のフレイル予防	

参加予定者【計　　人】　　※わかる範囲でご記入ください。

☆内訳（年齢）

７５歳未満　【　　人】　　７５～７９歳【　　人】

８０～８９歳【　　人】　　９０歳以上　【　　人】

☆内訳（性別）

男　性【　　人】　女　性【　　人】

※以下職員記載欄

様

上記申請について、つぎのとおり決定しました。

出前講座日時	年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分	
決定日	年　　月　　日	担当者