

出前健康講座申請書

令和 年 月 日

光市健康増進課長 様

申請者 団体名等
住 所〒
氏 名
TEL
FAX

希望日時	第1案	令和 年 月 日 午前・午後 時 分～ 時 分
	第2案	令和 年 月 日 午前・午後 時 分～ 時 分
場 所	施設名等： 住 所：光市 (TEL)	
希望する 演題・内容等		
対 象 者		
参 加 人 数	人 (うち 65 歳以上 人)	
連 絡 先	(申請者と違う場合はご記入ください) 住 所：光市 (TEL) 氏 名：	
そ の 他		

上記申請については、つぎのとおり承諾しました。

様

光市健康増進課

決 定 日：令和 年 月 日

担当者氏名： 印

(詳細は、担当者にご相談ください)

<問合せ・申請先：光市健康増進課 TEL 74-3007 FAX 74-3072>