

## 働く世代の出張健康講座申請書

福井市健康管理センター  
 所長 松田 尚美 様

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

団体・グループ名 \_\_\_\_\_

代表者 氏名 \_\_\_\_\_

働く世代の出張健康講座を、下記のとおり申請します。

希望日時	第1希望	年	月	日( )	時	分	～	時	分
	第2希望	年	月	日( )	時	分	～	時	分
	第3希望	年	月	日( )	時	分	～	時	分
会 場									
会場住所									
参加者	参加者：約 人（社員・その他（ ）） 年齢層は主に（①20～30代 ②40～50代 ③60代以上 ④年齢層は様々）が多い 性別は ①男性が多い ②女性が多い ③半々ぐらい その他 健康状況 [例：腰痛、膝痛を抱えている者が多い]								
団体・グループの 特性	職業（ ） 業務内容 ①デスクワーク中心 ②立ち仕事 ③営業 ④現場 ⑤その他（ ） 勤務体制 ①日勤 ②夜勤 ③三交代 ④シフト制 ⑤社員により様々 通勤方法（①車通勤 ②公共交通機関を利用 ③自転車・徒歩）が多い								
連絡先	担当者 氏名				担当者 電話番号				
	メール アドレス								
希望する 講座内容及び その理由	希望テーマ：食生活・運動・口腔衛生・たばこの害・薬・メンタルヘルス・その他 理由：								
準備物	ご用意いただける物には○をつけてください。 パソコン・プロジェクター・スクリーン								
その他	出張健康講座を何でお知りになりましたか。（複数回答可） ①市政広報 ②ホームページ ③チラシ（設置場所 ） ④その他（ ）								

※業務の都合上、実施日時についてはご希望に添えない場合があります。その場合、ご相談のうえ調整させていただきますので、ご協力をお願いします。

福井市健康管理センター  
 担当：生活習慣病予防係 谷下  
 TEL：28-1256 FAX：28-3747  
 Mail：hoken@city.fukui.lg.jp

