

出前講座申込書

事業所名		保険証の記号	
住 所	〒 -		
ふりがな 担当者	(所属)		
TEL	- -	Fax	- -
mail	@		

希望 セミナー	No.	講座名
実施方法 希望日	講師派遣 ・ オンライン ・ DVD ・ VOD (ビデオオンデマンド) ※セミナーごとの実施方法をよくご確認のうえ、○をお願いします。	
	第1希望	令和 年 月 日 () 時 分~
	第2希望	令和 年 月 日 () 時 分~
	第3希望	令和 年 月 日 () 時 分~
講師派遣・ オンライン	受講人数： 人	【講師派遣のみ記入】 会場 <input type="checkbox"/> 事業所内 <input type="checkbox"/> 別会場 (住所) 広さ (縦 m × 横 m) 設備 準備可能なものをお知らせください。 <input type="checkbox"/> パソコン (PowerPoint <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> スクリーン 講師のマスク着用 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
	年代： 歳 ~ 歳	
	【従業員の健康で気になることを教えてください】 ①従業員の健康課題として、気になっているところはありますか (複数回答可) <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 運動不足 <input type="checkbox"/> 生活習慣病 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> ストレス <input type="checkbox"/> 睡眠 ②具体的な内容をご記入ください。例 デスクワークが多く、肩こりや腰痛を感じている従業員が多い	
	※歯周病講習会・オーラルフレイル講習会 申込の場合 歯や口腔の健康について、気になること・興味のあることはありますか (複数回答可) <input type="checkbox"/> むし歯・歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔内の加齢 (噛む力の衰えや歯が抜ける) <input type="checkbox"/> 衛生状態・適切なオーラルケア	

郵送またはFAX (024-523-3841) でお申し込みください。

※取組状況アンケートが同封されている場合は、取組状況アンケートの提出もお願いします (出前講座申込後も提出可)

協会けんぽ使用欄/アンケート：提出済・未提出・対象外