

『お薬と健康教室』申込書

出前健康教室

FAXで
お申込み

全国健康保険協会（協会けんぽ）茨城支部
企画総務グループ 宛

029-303-2100

お申込み者	事業所記号 (保険証の記号)								
	事業所名								
	担当部署・担当者名	部署	担当者名						
	TEL・FAX	TEL	FAX						
依頼内容	連絡事項 (特に重点的に講演を希望する内容など)								
	受講対象	参加予定人数	人						
		受講対象	年代	(歳代~	歳代が中心)			
希望日時	第1希望	令和	年	月	日 (時	分~	時	分)
	第2希望	令和	年	月	日 (時	分~	時	分)
会場	会場名								
	会場住所		〒						
	プロジェクト・スクリーン・マイクの有無		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	※なくても実施可				

申込日 令和 年 月 日

※希望日時は1か月以上先の日程をご指定ください。日程・講師決定後、担当者様へご連絡させていただきます。