

# 健康講座申込み書

令和 年 月 日

十和田市健康増進課 行

【送信票不要 FAX 0176-25-1183】

所 属

住 所

電 話

担当者氏名

申込み後、担当者から参加人数  
や実施場所等の確認のため、  
ご連絡させていただきます。

|                         |   |
|-------------------------|---|
| 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   |
| 参加予定数                   | 組の親子(計 人)   |
| 実施場所                    |   |
| 希望内容<br>(○をつけて<br>ください) | <p>&lt;講座メニュー&gt;</p> <p>①知って得する！ あなたのカラダ分析とワンポイントアドバイス</p> <p>②知って得する！がん予防 ～お得な検診の受け方～</p> <p>③知って得する！糖尿病 ～糖尿病予防は万病予防～</p> <p>④こども歯っぴーライフ</p> <p>⑤かしこく食べて体にうれしい食生活</p> <p>⑥早寝・早起き・朝ごはんの大切さ</p> <p>⑦どう付き合う？イヤイヤ、だだこね</p> <p>⑧子どものこころを育む子育て</p> <p>⑨親子でわくわく！運動を楽しもう</p> <p>その他 ※ご希望のテーマを備考にご記入ください</p> |
| 備 考                     |   |

要望等ありましたらお書きください。