

出張ヘルスアップセミナー申込書

所 属 : _____

申請者 : _____

連絡先 : _____

必要事項を記入または☑をしてください

開催希望日	〈原則平日の日中〉		☐ いつでもよい
	第1候補 R 年 月 日 ()		
	第2候補 R 年 月 日 ()		
希望時間帯	☐ 午前 ☐ 午後	時 分～	分 程度
実施場所			
	イス : ☐ あり (☐ たたみ) ☐ なし	駐車場 : ☐ あり ☐ なし	
参加者	人程度	年代:	歳代 ～ 歳代
テーマ・内容	☐ 働き盛りの健康づくり ☐ お住いの地区の健康課題 ☐ 生活習慣病予防 ☐ がん予防 ☐ 調理実習 ☐ 高齢者の健康づくり ☐ フレイル予防(栄養・運動・お口の健康) ☐ 骨粗しょう症予防 ☐ 脳トレ ☐ フレイルチェック ☐ 調理実習 ☐ 運動 ☐ 家でできる簡単体操 ☐ 大山賛歌体操 ☐ カーブス<健康運動アドバイザー>が教える運動 ☐ 運動不足解消! あなたに合わせた全身筋トレ ☐ 痛みがあっても大丈夫! 筋力低下予防運動 (☐ 上半身 ☐ 下半身) ☐ リラックス&リフレッシュ体操 ☐ 心の健康 ☐ 心の不調に気づく ☐ ストレスマネジメント ☐ 町オリジナル「心の健康カルタ」 ☐ 測定 ☐ 血圧 ☐ InBody(体組成) ☐ 骨密度 ☐ 握力 ☐ ストレスチェック ☐ その他()		
	希望内容詳細		
【メモ欄】			
受付日 R 年 月 日			

【問い合わせ先】 大山町健康推進課 電話:0859-54-5206