

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> 第1候補 R 年 月 日 () 第2候補 R 年 月 日 () 第3候補 R 年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> いつでもよい
希望時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 分 ~ 分 程度
実施場所	イス : <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> たたみ) <input type="checkbox"/> なし	
	駐車場 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
参加者	_____ 人程度	年代: _____ 歳代 ~ _____ 歳代
テーマ・内容	<input type="checkbox"/> 働き盛りの健康づくり <input type="checkbox"/> お住いの地区の健康課題 <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防 <input type="checkbox"/> がん予防 <input type="checkbox"/> 調理実習 <input type="checkbox"/> 高齢者の健康づくり <input type="checkbox"/> フレイル予防(栄養・運動・お口の健康) <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症予防 <input type="checkbox"/> 脳トレ <input type="checkbox"/> フレイルチェック <input type="checkbox"/> 調理実習 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 家でできる簡単体操 <input type="checkbox"/> 大山賛歌体操 <input type="checkbox"/> カーブス<健康運動アドバイザー>が教える運動 <input type="checkbox"/> 運動不足解消! あなたに合わせた全身筋トレ <input type="checkbox"/> 痛みがあっても大丈夫! 筋力低下予防運動 (<input type="checkbox"/> 上半身 <input type="checkbox"/> 下半身) <input type="checkbox"/> リラックス&リフレッシュ体操 <input type="checkbox"/> 心の健康 <input type="checkbox"/> 心の不調に気づく <input type="checkbox"/> ストレスマネジメント <input type="checkbox"/> 町オリジナル「心の健康カルタ」 <input type="checkbox"/> 測定 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> InBody(体組成) <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> ストレスチェック <input type="checkbox"/> その他(_____)	
希望内容詳細	_____	
【メモ欄】		
受付日 R 年 月 日		