健康課あて

大木町全世代型健康増進拠点構築に係る個別説明会申込書

大木町全世代型健康増進拠点構築に係る個別説明会を、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申 込 日 | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 申 込 者 | | 団体等名： |
| 代表者名： |
| 連　絡　先 | 担当者名 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　－  　三潴郡大木町大字 |
| 電話番号 |  |
| 希望日時 | | 第１希望日  　令和　　年　　月　　日（　 ）　　　　時　　　分～ |
| 第２希望日  　令和　　年　　月　　日（　 ）　　　　時　　　分～ |
| 第３希望日  　令和　　年　　月　　日（　 ）　　　　時　　　分～ |
| ※令和７年10月６日（月）から11月６日（金）までの平日の間で記載してください。  ※説明会の所要時間は60分～90分程度です。  ※業務の都合により、希望に沿えない場合があります。 |
| 実施場所  （施設名等） | |  |
| 参加予定者数 | | 人 |

【大木町役場健康課】

　電話：0944-32-1280／FAX：0944-32-1054／電子メール：kenkofc@town.ooki.lg.jp