

<まちの保健室申込票>

申込日: 年 月 日

団体名			
担当者			
担当者連絡先	TEL		FAX
	E-mail		
開催希望日時	第1希望	年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
	第2希望	年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
	その他		
会場			
会場住所	〒		
駐車場	駐車場 有 (駐車可能台数 台) ・ 無 (駐車場所:)		
開催目的			
測定等の希望	※希望する計測等に☑を付けてください。 <input type="checkbox"/> 身長 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 体脂肪 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 健康相談 <input type="checkbox"/> ミニ講話		
	※具体的なテーマでなくても、「〇〇に関するもの」などでも結構です。 ミニ講話のテーマ:		
対象者	例)〇〇サロンのメンバー、△△地区の住民 など		
参加者数	およそ () 人		
その他 連絡事項等			
<p>◆申込み・問合せ先</p> <p>鳥取看護大学・鳥取短期大学 グローカルセンター (平日8:45~17:30)</p> <p>〒682-8555 倉吉市福庭854</p> <p>TEL:0858-27-0107 FAX:0858-26-9138</p> <p>E-mail:glocal@cygnus.ac.jp</p>			
<p><input type="checkbox"/> この申込書をもとに、実施の可否等について大学で検討致します。</p> <p>「まちの保健室」の開催が確定しましたら、会場レイアウト図(コンセント位置など)をご提供ください。</p> <p>開催日が近くなりましたら、依頼文書をご送付くださいますようお願いいたします。</p>			