

働く世代の健康講座 申込書

申請日 年 月 日

依頼者

企業、団体名:

担当者名:

住所 : 〒

長岡市

電話番号:

希望する講座、 内容	
第1希望日時	月 日 () 午前・午後 時 分 ~ 時 分
第2希望日時	月 日 () 午前・午後 時 分 ~ 時 分
会場	
対象者	
参加予定人数	
その他、希望等	

※詳細につきましては後日、電話等で打合せさせていただきます。

長岡市福祉保健部健康増進課
電話 39-7508
FAX 39-5222