

健康づくり推進課長 様

《行政区》 _____ 町 _____ 区

《役職名》 行政区長 健康づくり推進員
 その他 (_____)

《氏 名》 _____

《連絡先》 _____

健康・栄養教室に関する依頼について

このことについて、下記のとおり教室を行いますので、ご配慮お願いいたします。

記

1. 期 日 第1希望：令和 年 月 日 (曜日)
 第2希望：令和 年 月 日 (曜日)

2. 主 催 健康づくり地域活動事業・その他(_____)

3. 実施場所 _____

4. 講話時間 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分
 (※各種測定・事前準備のため _____ 時 _____ 分までに集合)

5. 依頼内容 (希望項目に○とメニューNo を記入してください)

	項目	内容 (No)	備考
健康教室	() 健康講話 (職員派遣)		血圧測定希望 (有・無)
	() DVD 視聴 (貸出)		貸与期間 (/ ~ /)
栄養教室	() 栄養講話 (職員派遣)		
	() 調理実習指導 基本的には、地域の食生活改善推進員 (ヘルスマイト)が対応します。		
	() レシピ提供のみ →レシピの人数変更 不要・必要 () 人分	番号 () 枚数 ()	レシピ提供日 (/)

6. 参加予定人数 約 _____ 名

※お願い

- ・食生活改善推進員への連絡や材料購入は各区での対応とする
- ・休日は2ヵ月前、平日は1ヵ月前までに依頼

【職員チェック・記入欄】

- ※印内容の確認
- コピーをお渡しする
- 受付対応職員名 (_____)
- 教室対応職員名 (_____)