

健康づくり事業講師派遣申込書

※希望する番号に○を付けてください。

●**保健師**の 1.健康相談 2.講習会 3.呼気中一酸化炭素濃度測定 4.その他 () を希望します。●**体育専門家**の 1.ラジオ体操 2.実技指導 3.講習会 4.その他 () を希望します。
(1.以外)

事業所の事業内容（職種）					
第1希望 （※1）	令和 年 月 日 ()	時 分 ～ 時 分			
第2希望 （※1）	令和 年 月 日 ()	時 分 ～ 時 分			
受講者予定数	男性 平均年齢 () 歳	女性 平均年齢 () 歳	合計 名		
受講場所 ※事業所以外の場所をご希望の場合は、住所等詳しくご記入ください。	（例）社内の休憩所、会議室、屋外の運動できる場所など ※雨天時の場合の受講場所				

※該当するものに○を付けてください。

- ・保健師による健康相談や講習会は、（ 1.はじめて 2.したことがある 3.定期的に行っている ）
- ・体育専門家による実技指導や講習会は、（ 1.はじめて 2.したことがある 3.定期的に行っている ）
- ・事業所でラジオ体操は、（ 1.はじめて 2.したことがある 3.定期的に行っている ）
- ・受講時の参加者は、（ 1.床に座る 2.椅子に座る(机あり) 3.椅子に座る(机なし) 4.立っている ）
- ・受講場所で音響装置等は、（ 1.用意できる マイク・プロジェクター・スクリーン ）
（ 2.用意できない マイク・プロジェクター・スクリーン ）

※ラジオ体操をご希望の場合、体操時に使用するCDやラジカセ等（カセットデッキ）は、講師が持参します。

講師に指導して欲しい内容
やテーマ等を詳しくご記入
ください。

上記のとおり講師の派遣を申し込みます。

令和 年 月 日

協会会員番号

事業所所在地

事業所名称

電話番号

担当者氏名

一般財団法人大分県社会保険協会長 殿

※1 講師の都合もありますので実施予定日の少なくとも1カ月前までにお申し込みください。

※ 講習時における事故、障害についての責任は負いかねますので悪しからずご了承ください。

◆ご記入いただいた個人情報には上記事業以外には使用いたしません。

◆**会員番号**は、封筒宛名シール事業所名下または協会費納付書にあるお客様番号の0から始まる下5桁の数字です。（例 08765）

FAX 097-504-7034