

“ご確認”ください！ ～FAX でお申し込みされる場合は、下記の送信先を確認の上、送信してください～

☐ 希望するテーマ No.が①～④
送信先:管理課
FAX:022-374-8412

☐ 希望するテーマ No.が⑤～⑩
送信先:障害高齢課
FAX:022-372-8005

☐ 希望するテーマ No.が⑪～⑳
送信先:家庭健康課
FAX:022-371-2558

令和7年度 泉区健康出張講座申込書（FAX・郵送・窓口持参用）

団体名										
代表者氏名 (連絡先)		住 所								
		電 話								
実 施 日 時	令 和 年 月 日 時 分 から 時 分 まで		会 場						年 齢 構 成	
			予定人数	名	内 訳	男性 名	女性 名			
チラシの表面を参考に希望されるテーマの No.を下記にご記入ください(複数テーマの希望も可能です)。										
要望・その他										

※ 上の太線枠内にご記入ください。原則、1 団体につき、ご利用は年 1 回までとさせていただきます。

※ 営利目的や政治活動、宗教勧誘の場となる集まりの場合は、お申し込みいただけません。

泉区保健福祉センター 使用欄

※テーマ例 8・9 については、障害高齢課と家庭健康課で協議し担当を決める

決 裁	課 長	主 幹	主幹兼 増進係長	乳児係長	幼児 係長	事業担当 (幼児・増進)	地 区 担当	当 日 担当	当 日 担当	合 議		

起案月日： 令和 年 月 日

起案者名： _____

上記のとおり実施してよろしいか伺います。

1. 当日担当者職種及び氏名

職種		氏名		職種		氏名	

2. 予算の支出について

--