

**“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⑪~⑲  
送信先:家庭健康課  
FAX:022-371-2558

## 令和8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	
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9・10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	こども 家庭係長	幼 児 係 長	乳 児 係 長	増 進 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

#### 3. 申込書 No \_\_\_\_\_