

健康セミナー申込書

*ご希望のセミナーに○をつけてください(複数の申込可)

会場	Web	内容については事前に調整し、会場の場合は講師を派遣いたします	
		①食生活セミナー	(60～90分)
		②メンタルヘルスセミナー(ラインケアまたはセルフケア)	(60～90分)
		③禁煙セミナー	(60分)
		④()セミナー	(60分)

女性の健康、睡眠、口腔、歯科など
保健事業に即したご希望のセミナー
をご記入ください

事業所記号		事業所名		
担当者名			電話番号	
メールアドレス				
実施希望日	第1希望	第2希望	第3希望	
	月 日()	月 日()	月 日()	
時 間	AM・PM	AM・PM	AM・PM	
	時 分～ 時 分	時 分～ 時 分	時 分～ 時 分	
実施場所	(例)会議室		参加人数	人
所在地	〒			

通信欄

【実施要綱】

*①～④の各セミナー、1事業所1ヵ所の事業場で実施(すべて実施すると4回)

対 象 : 被保険者(原則、参加者20人以上で実施します)

費 用 : 無 料 (組合負担)

実 施 時 期 : 実施日時については、業者と調整の上、決定します

実 施 場 所 : 事業所の会議室等

<お問い合わせ先>