

健康づくり事業申込書

年 月 日

一般財団法人 神奈川県社会保険協会 へ

郵便番号 〒

事業所所在地

事業所名

事業所電話番号

協会会員番号
(6 ケタ)

連絡責任者氏名

↓希望する項目に○をしてください

| | | | |
|--|------|-----------------|---------|
| | 講師派遣 | 希望する講演内容 | 講演会場 |
| | | 第1希望日時 月 日 () | 参加予定数 名 |
| | | 時間: 時 分から 時 分まで | |
| | | 希望する講演内容 | 講演会場 |
| | | 第2希望日時 月 日 () | 参加予定数 名 |
| | | 時間: 時 分から 時 分まで | |

* 最寄り駅より会場までの案内図を添付してください(会場の住所、電話番号を記入してください)

| | | | |
|--|--------|-----------------------------|---------|
| | 体力器具貸出 | 握力計 ジャンプメーター 長座位体前屈測定器 体脂肪計 | 参加予定数 名 |
| | | 希望日 月 日 () | |

* 講師を必要とする場合は、上記「講師派遣」も併せてお申し込みください

| | | | |
|--|----------|---------------------|-----------|
| | ビデオテープ貸出 | 希望するビデオテープ番号 | 希望日 月 日から |
| | | [] [] [] [] [] | |

* 1回の貸出は5本まで、貸出期間は2週間

| | | | |
|--|-------|-------------|-----------|
| | DVD貸出 | 希望するDVD番号 | 希望日 月 日から |
| | | [] [] [] | |

* 1回の貸出は3本まで、貸出期間は2週間

注意事項

- この申込書に記入された情報は、本事業以外の目的には使用いたしません。
- 協会会員番号は「社会保険かながわ」を送付している封筒の宛名または協会費の「振替払込請求書兼受領証」に記載されています6ケタの番号です。

一般財団法人 神奈川県社会保険協会 FAX 045-662-8441