|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所長 | 副所長 | 地域保健推進  担当課長 | 市町村連携課 | | | | 主管課 | | |
| 市町村連携  課長 | 企画調整担当  課長代理 | 市町村連携担当  課長代理 | 健康教育  窓口担当 | 課長 | 課長代理 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健　康　教　育　申　込　書　　（太枠の中をご記入下さい）  令和　　　年　　　月　　　日  東京都西多摩保健所長　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団　体　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　　話　　　　　（　　　　）  健康教育を下記により申し込みます。 | | | | | |
| テ － マ  (内　容) |  | | | | |
| 対　　象 |  | | | 人　数 | 名 |
| 開催希望日時 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　）　　　午前・午後　　　時　　　分～　　　時　　　分 | | | | |
| 開催場所 | * 名　　称 * 所 在 地 * 電話番号 | | | | |
| テ － マの  選定理由等 |  | | | | |
| 保健所記入欄    この欄は、  保健所が使用  します。 | 依頼について | 受ける　　　　　　　受けない | | | |
| 上記理由  （受ける場合には研修目的やねらいを記入） |  | | | |
| 内　容 | 内 容 |  | | |
| 日 時 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　）午前・午後　　　　　～ | | |
| 講 師 |  | | |
| 研修形式 | 講義形式　　ｸﾞﾙｰﾌﾟﾜｰｸ　　　その他（　　　　　　　） | | |

（令和6年4月改訂）