

令和 年 月 日

豊中市 健康医療部 コロナ健康支援課あて
電子メール:kenkoushien@city.toyonaka.osaka.jp

とよなか健康出張セミナー(栄養・口腔編) 申込書

※希望日の約1か月前までにお申込みください。

グループ名			
セミナー実施場所			
ご担当者電話番号・FAX番号 (日中連絡が取れる連絡先)	(※連絡希望の時間帯 : ~ :)		
ご担当者メールアドレス			
ふりがな ご担当者氏名			
ご希望の内容 (○を付けてください) ※「栄養」または「口腔」のどちらかをお選びください。 <u>(栄養・口腔をまたいでの選択はできません)</u>	栄養	1 バランスのよい食生活	2 フレイル予防のための食事
	口腔	1 歯周病と全身疾患	2 実践! 口腔体操
		その他 (内容について相談したい)	
ご希望日時 (第3希望までご記入ください)	第1希望	令和 年 月 日 ()	: ~ :
	第2希望	令和 年 月 日 ()	: ~ :
	第3希望	令和 年 月 日 ()	: ~ :
参加予定人数 (10人以上でご記入ください)	人	参加者は主に 65歳以上 である→	<input type="checkbox"/> 該当する場合は上に チェックを入れてください

連絡欄 (コロナ健康支援課→ルネサンス豊中様)

(コロナ健康支援課 TEL:06-6152-7381)