

こども未来センター長 宛て

出前健康講座（こども編）の依頼について

依頼者（団体）名 _____

下記のとおり、依頼をいたします。

記

※太枠内をご記入ください。

希 望 コ ー ス	健康講座	栄養講座	歯科講座
希 望 講 座 内 容	番号： _____ 内容： _____		
希 望 日 時	① 月 日 時 分～ 時 分	② 月 日 時 分～ 時 分	③ 月 日 時 分～ 時 分
会 場			
団 体 名			
対 象 者 数	保護者 名（男性 名、女性 名） 子ども 名（乳児 名※年齢 _____ヶ月中心、幼児 名※ _____歳中心）		
代 表 者 名 日 中 の 連 絡 先	電話番号 _____（ _____ ）		
確 認 事 項	<input type="checkbox"/> 営利団体ではありません。 <input type="checkbox"/> 保護者が5名以上参加します。		
そ の 他			

※受付者記入欄

受 付 窓 口	受 付 日	講 座 担 当
こども未来センター 保健センター（桜・谷・大） （受付者： _____）	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> FAX	桜 ・ 谷 ・ 大 ・ こ ※受付窓口と講座担当が異なる場合には、講座担当 に依頼書原本を送付

※講座担当処理欄

所 属 長	担 当 者		
		※講座担当保健センターでの回覧後、依頼書の写しを事業主担当へ送付	
実施日	月 日 時 分～ 時 分	保（ _____ ）	栄（ _____ ） 歯衛（ _____ ）
代表者への決定日時連絡 <input type="checkbox"/> 済 月 日 伝えた内容：	担当者への決定日時連絡 <input type="checkbox"/> 済 月 日 参加要請： <input type="checkbox"/> 済	媒体予約 <input type="checkbox"/> 済 月 日 媒体借用日： 月 日 媒体返却日： 月 日 媒体名： その他必要物品： 運搬方法：	
		※必要時記入	