

# 地域依頼健康教室申込書

※太枠内をご記入ください

申込者	氏名				
	住所	横須賀市			
	電話	( )			
希望日時①	日付	令和	年	月	日 ( )
	時間	時	分	～	時 分
希望日時②	日付	令和	年	月	日 ( )
	時間	時	分	～	時 分
対象 (団体名)					
団体の 年齢構成		対象者 人数	人		
会場 (住所)		駐車場	なし あり( )		
テーマ	<input type="checkbox"/> ①介護予防 (フレイル、認知症、栄養、運動実技、ボッチャ等) <input type="checkbox"/> ②歯と口の健康づくり教室(オーラルフレイル、お口の体操、歯周病、むし歯等) <input type="checkbox"/> ③健康増進(生活習慣病予防の生活・食事講義、運動実技、調理実習) <input type="checkbox"/> ④その他 *①～④の 同じ分野での重複受講はできません				
連絡事項					

健康増進課 確認事項	受付日 受付者		センター連絡 ( 月 日 )	該当教室名	<input type="checkbox"/> ふれあい地域健康教室 <input type="checkbox"/> 歯と口の健康づくり教室 <input type="checkbox"/> 地域市民健康教室 <input type="checkbox"/> 職域健康教室
以前の 申込み状況	受講あり (時期: 内容: ) ・ 受講なし				
健福センター 確認事項	<input type="checkbox"/> 従事者( / ) <input type="checkbox"/> スケジュール入力( 済・未 ) <input type="checkbox"/> 申込者への連絡( 済・未 ) <input type="checkbox"/> 配車・物品予約( 済・未 ) <input type="checkbox"/> kinton報告書作成、歯科のみ統計入力				

(申し込み方法)

①健康増進課へ電話をし、健康増進課と実施日の相談をお願いします。

②実施日が決まったら、上記申込書に記入してメール、FAX、郵送などでご提出ください。

\*詳しい内容や実施時間など、お気軽にお問合せください。なお、講師料、お心遣い等は一切不要です。

横須賀市民生局健康部健康増進課  
 TEL046(822)8135 FAX046(824)7144  
 E-mail :chcenter-hw@city.yokosuka.kanagawa.jp