**宇部市健康づくりサポーターバンク利用申込書**

　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

宇部市長　　　　　　様

下記のとおりサポーターバンクを利用したいので、申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用団体名 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　－ |
| 電話番号 | －　　－ | ＦＡＸ番号 | －　　－ |
| 実施予定日　　時 | 第１希望日　　年　　　月　　　日（　　曜日）　　　時　　　分～　　　時　　　分第２希望日　　　　年　　　月　　　日（　　曜日）　　　時　　　分～　　　時　　　分 |
| 実施予定場　　所 | 施設（家）名：所　在　地　： |
| 予定人数 | 人（男性　　　　　人　・　女性　　　　　人） |
| 年齢構成（対象者） | 20代以下　　　30代　　　40代　　　50代　　　60代　　　70代　　　80代以上 |
| 利用目的希望内容 |  |
| 特記事項 |  |

※講師の急病等で日程の変更や内容変更、派遣の中止となる場合がございます。

※宇部市記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 　　　年　　　月　　　日　 | 受付者 |  |

**宇部市健康増進課（宇部市保健センター）**

**＜郵送＞〒755-0033宇部市琴芝町二丁目1番10号**

**＜FAX＞　0836-35-6533　＜TEL＞　0836-31-1777**