

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 | 〒 ー | | | | | | |
| 電話番号 | ー ー | | F A X 番号 | ー ー | | | |
| 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