

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