

(別 紙)

[ファックス送信先]

会津保健福祉事務所

保健福祉課 F a x : 0 2 4 2 - 2 9 - 5 2 8 9

健康増進課 F a x : 0 2 4 2 - 2 9 - 5 2 8 9

医療薬事課 F a x : 0 2 4 2 - 2 9 - 5 5 1 3

衛生推進課 F a x : 0 2 4 2 - 2 9 - 5 5 1 3

(希望する講座の担当課名を○で囲み、送信してください)

## 出 前 講 座 申 込 書

申込日： 年 月 日

申込者	団体名	
	住所	
	代表者名	
	担当者名	
	電話番号	
希望する講座テーマ		
希望日時	第1希望：	年 月 日 ( ) 時 分～
	第2希望：	年 月 日 ( ) 時 分～
実施会場		
対象者・参加予定人数		
その他 (要望等)		

F A X送信後、担当課まで確認のお電話をお願いします。

日程や内容については、ご相談の上、決定いたします。