様式第１号

令和　　年　　月　　日

関市クアオルト健康ウオーキング講座申込書

あて先　関市市民健康課長

申込者住所　〒

　連絡先電話番号

メールアドレス

　関市クアオルト健康ウオーキング講座を、下記のとおり申し込みます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体名 |  | |
|  |  | |
| 団体所在地  （ない場合は代表者住所） | 〒 | |
| 参加予定人数 | 人　　　　　　※5名以上30名以下に限ります。 | |
| 希望日時 | 令和　　　年　　　　月　　　　日（　　）  　　　　時　　　　分　から　　　　時　　　　分まで | |
| 希望講座（コース）名  （いずれかに○） |  | 安桜山まちめぐりウオーキング（所要時間：約2時間30分） |
|  | 板取株杉の森ウオーキング（所要時間：約1時間30分） |
|  | 企業向け健康ウオーキング（所要時間：約4時間）  ・安桜山まちめぐりコース　／　安桜山まちめぐり展望台コース  　※コースはどちらかから選択 |
| その他連絡事項 |  | |

１．この申込書は、市民健康課と日程等を調整した上、希望日時の１か月前までに市民健康課へ

直接またはＦＡＸ、メールにて提出ください。

２．申込み後、上記の内容に変更・中止等がありましたら、速やかにご連絡ください。

【申し込み・問い合わせ先】

　岐阜県関市健康福祉部市民健康課（関市保健センター）

　住　所：〒501-3873　岐阜県関市日ノ出町一丁目３番地３

ＴＥＬ：0575-24-0111　　ＦＡＸ：0575-23-6757

メールアドレス：hoken-c@city.seki.lg.jp