

関市クアオルト健康ウォーキング特別団体ウォーキング講座申込書

あて先 関市市民健康課長

申込者氏名 ふりがな _____

申込者住所 〒 _____

連絡先電話番号 _____

関市クアオルト健康ウォーキング特別団体ウォーキング講座を、下記のとおり申し込みます。

記

| | | | |
|---------------------------|-----------------------------------|---------------------|---------------------------------|
| 団体名 | | | |
| 代表者氏名 <small>ふりがな</small> | | | |
| 団体所在地 (ない場合は代表者住所) | 〒 | | |
| 連絡先電話番号 | | | |
| メールアドレス | | | |
| 参加予定人数 ^{※1} | 人 | ※1 5名以上 30名以下に限ります。 | |
| 希望日時 | 年 月 日 () 時 分 から 時 分まで | | |
| 希望コース (いずれかに○) | 安桜山まちめぐりコース (所要時間：約 2 時間 30 分) | | 板取株杉の森コース (所要時間：約 1 時間 30 分) |
| その他連絡事項 | | | |

- 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 F A X、メールにて提出ください。
- 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 (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
T E L：0575-24-0111 F A X：0575-23-6757
メールアドレス：hoken-c@city.seki.lg.jp