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

申込者氏名（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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		
代表者氏名（ふりがな）		
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