

年 月 日

鹿児島市長 殿

所在地

団体の名称

代表者名

鹿児島市健康増進計画推進アドバイザー派遣申込書

下記の事項について助言・支援を受けたいので、健康増進計画推進アドバイザーの派遣を申し込みます。

記

派遣日時	第1希望	年 月 日 () 時 分から 時 分まで	
	第2希望	年 月 日 () 時 分から 時 分まで	
	第3希望	年 月 日 () 時 分から 時 分まで	
派遣場所			
研修等の名称			
助言・支援を受けようとする内容	テーマ番号（希望するテーマ番号に✓をつけてください）		
	✓	テーマ番号	助言・支援を受けようとするテーマに関する具体的な内容
		(1) 栄養・食生活	【例】適切な睡眠について知りたい等
		(2) 身体活動・運動	
		(3) 休養・睡眠	
		(4) 飲酒	
		(5) 喫煙	
		(6) 歯・口腔の健康	
		(7) 生活習慣病	
	(8) 社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上		

参加予定者数		
参加者年代		
連絡先	電話番号	
	F A X ・ メール等	
	担当者名	
マスコミへの事前広報	可 ・ 不可	

※ 当日の全体スケジュールを別紙にて添付してください。