

## 周南市ゲートキーパー研修申込書

周南市 健康づくり推進課長 様

周南市ゲートキーパー研修の開催を希望します。

団体等の名称		
連絡先	住 所	
	担 当 者 氏 名	
	電 話 番 号	
	F A X 番 号	
	E メ ー ル	

開 催 希 望 日 時	令和 年 月 日 ( ) 時 ~ 時		
開 催 会 場 名		参加人数	人
会 場 所 在 地		電話番号	

### <申し込み方法>

- ・必要事項を記入後、FAX、郵送、Eメールでお申し込みください。

【お申込み先】	
FAX	0834-22-8555
Eメール	<a href="mailto:kenkozo@city.shunan.lg.jp">kenkozo@city.shunan.lg.jp</a>
送付先	〒745-0005 周南市児玉町1-1 周南市役所 健康づくり推進課

受付日	年 月 日	受付者		受付番号	
-----	-------	-----	--	------	--