

申込日 令和 年 月 日

令和 3 年度 健康なっくとく相談 申込書

久留米市が実施する「健康なっくとく相談」に申し込みます。

※太枠内をご記入ください。

受付	
従事予定者	

団体名（校区）			
イ ベ ン ト 名	（ 校区 ）		
代 表 者 名		連絡先	- - ※内容確認・決定のためご連絡することがあります。
希 望 日 時	令和 年 月 日 時 分～ 時 分		
会 場	施設名	※部屋が決まっている場合は、部屋の名前、階数もご記入ください。	
	住 所		
参加予定人数 (イベント人数)	名 内訳：39 歳以下 名、40～64 歳 名、65 歳以上 名 (うち 75 歳以上 名)		
確 認 事 項	① 雨天時等の開催決定の時期と連絡先 ( ) ② 室内（室内・テント内）・屋外の場合、お受けできない場合があります。 ③ 机といすの借用 (あり)・ない場合、お受けできない場合があります。		
備 考 (保健師への要望など)	血圧測定・握力測定・その他 ( )		

※4 週間前までにお申込みください。

※下記団体からのお申し込みはお受けできません。

- ・ 特定の政党もしくは公の選挙の候補指示に関係のある団体
- ・ 特定の宗教の利害に関係ある団体
- ・ 営利を目的にした団体
- ・ 公共の福祉に反する団体

申込先

〒830-0022  
久留米市城南町 15-5  
久留米市 保健所地域保健課  
TEL 0942-30-9033  
FAX 0942-30-9833