**【申し込み先】　春日市　健康課　健康づくり担当（春日市いきいきプラザ内）　　窓口またはFAX：501-1135**

（様式1）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

春日市健康課長　宛

団体名

代表者名

**講師派遣事業（地域健康づくり教室）の申し込みについて**

今回、健康づくりの一環として、健康づくり教室の実施を考えております。

ついては、下記の内容で講師の派遣を申し込みいたします。

1. 日時 令和　　年　　月　　日（　　）　　　　時　　分　～　　時　　分
2. 場所 （　　　　　　　　　　）公民館・その他（　　　　　　　　）

駐車場　□無　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 希望講座・講師　　（□に✓を記入）

|  |  |
| --- | --- |
| **講座** | **講師（内容）** |
| 【生活習慣病予防教室】  □高血圧症と減塩のポイント  □血糖値をコントロールしよう  □脂質について考えよう  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | □保健師（講義）  □管理栄養士  □講義のみ　□講義と調理実習 |
| 【食育教室】（乳幼児～学童期対象）  □子どもの食生活と偏食  □おやつの取り方  □離乳食のすすめ方 | □管理栄養士（講義） |
| 【各種料理教室】  □減塩みそ作り教室（10～3月が望ましい）  □おやこ料理教室  □男性のための簡単料理教室  □生活習慣病予防のための料理教室 | □食生活改善推進員  （調理実習） |

※調理実習を実施する際の材料購入や事前準備は、各地区でお願いします。

1. 参加予定人数

一般市民（　　）人、乳幼児（　　）人、ボランティア・役員（　　）人……合計（　　）人

　　※参加者の中で一番多い年代……（　　　）歳代

健康課受付印

|  |
| --- |
|  |

1. 希望する内容や特記事項がありましたら記入してください。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 申込者 氏名（　　　　　　　　　　　　　　）

電話（　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　※日中連絡が取れる番号

FAX（　　　　　　　　　　　　　　）