

令和8年度「健康教室」講師派遣申込書



事業所名称		
所在地	〒	
担当者氏名		TEL ()

「健康教室」への講師派遣

テーマ (別紙参照)			
開催予定(希望)日時 (約1時間程度)	第1希望	令和 年 月 日()	時 分～
	第2希望	令和 年 月 日()	時 分～
受講予定人数	名		
共同開催	有・無	共同開催の 事業所名	
健康教室会場	会場		TEL ()
	所在地	〒	

※ 郵送またはFAXで

令和8年11月30日(月)までに

お申し込みください。

FAX 0776-35-1135

〒918-8013

福井市花堂東1丁目26番30号

社会保険診療報酬支払基金ビル 2階

福井県自動車販売整備健康保険組合

TEL 0776-35-1020