

# <鳥取看護大学 まちの保健室申込票>

申込日： 年 月 日

団体名				
担当者				
担当者連絡先	TEL		FAX	
	E-mail			
開催希望日時	第1希望	年	月	日 ( ) 時 分 ~ 時 分
	第2希望	年	月	日 ( ) 時 分 ~ 時 分
	その他			
会 場				
会場住所	〒			
駐車場	駐車場 有 (駐車可能台数 台) ・ 無 (駐車場所: )			
開催目的				
測定等の希望	※希望する計測等に☑を付けてください。 <input type="checkbox"/> 身長 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 体脂肪 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 健康相談 <input type="checkbox"/> ミニ講話			
	※具体的なテーマでなくても、「〇〇に関するもの」などでも結構です。 ミニ講話のテーマ:			
対象者	例)〇〇サロンのメンバー、△△地区の住民 など			
参加者数	およそ ( ) 人			
その他 連絡事項等				
◆申込み・問合せ先 鳥取看護大学・鳥取短期大学 グローカルセンター (平日8:45~17:30) 〒682-8555 倉吉市福庭854 TEL:0858-27-0107 FAX:0858-26-9138 E-mail:glocal@cygnus.ac.jp				
<input type="checkbox"/> この申込書をもとに、実施の可否等について大学で検討致します。 「鳥取看護大学 まちの保健室」の開催が確定しましたら、会場レイアウト図(コンセント位置など)をご提供ください。 開催日が近くなりましたら、依頼文書をご送付くださいますようお願いいたします。				