**未就学児へのからだとこころの健康教室 申込書**

**申込月日　　　年　　　月　　　日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 園名 |  | |
| 1. 担当者名 |  | |
| 1. 連絡先 | 住所：〒 | |
| 電話： 　　　（　　）　　　　　　　　FAX：　　　（　　） | |
| Eメール： | |
| 1. 人数 | 年長児 　　　　　　　　人 | |
| 1. 実施希望日・時間 | 第1希望 | 月　　　日　（　　）  時　　　　分　～　　　時　　　　分 |
| 第2希望 | 月　　　日　（　　）  時　　　　分　～　　　時　　　　分 |
| 1. 取材対応の可否 | 地元メディアに開催案内をします。園へ取材の希望があった場合は対応可能ですか。    取材に　　□ 協力できる　　　　□ 協力できない | |
| 1. その他   （**希望、連絡、配慮すべき事項**などありましたらご記入ください） |  | |
| **申し込み・問い合わせ先：　FAX　017-735-3836　✉ ao.nurse@ceres.ocn.ne.jp**  公益社団法人青森県看護協会　事業課　ＴＥＬ：017-723-7523 | | |