

## 未就学児へのからだところの健康教室 申込書

申込月日      年      月      日

1. 園名			
2. 担当者名			
3. 連絡先	住所：〒		
	電話：            (    )	FAX：            (    )	
	Eメール：		
4. 人数	年長児                                  人		
5. 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	
6. 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 <input type="checkbox"/> 協力できる <input type="checkbox"/> 協力できない		
7. 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			