ココロカラダヨロコブ講座（R5）

【参加申込書】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　別 |
| 氏　名 | 年齢　　　歳 | 男　・　女 |
| 電話番号 | ＊日中ご連絡がつく番号をお願いします | |
| メールアドレス  （あれば） |  | |
| 気楽良 | 会員　　　　　　　　非会員 | |

◎個人情報は、当講座以外には使用いたしません

◎ランチは講座後の11：30～となります（別日に変更はできません）

＜お申し込みの前にご確認ください＞

・参加取り消しの場合は、開催日前日１２：００までにご連絡をお願いします。

　当日の不参加は、ランチ代を請求させて頂く場合がございます。

・申込みが２名以下の場合は中止といたします。中止の場合はご連絡します。

【申込み・問合せ】

（公財）岩手県予防医学協会　健康支援課

電話：０１９－６３８－４８８６

９：００～１６：００（土・日・祝日を除く）