**地域版ＱＯＬ健診実施希望調査票**

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名称 |  |
| 代表者名 |  |
| 所在地 |  |
| 参加予定者数 | 　　　　　名 |
| 担当者 | 部署等 |  | 氏名 |  |
| 連絡先 | 電　話 |  | ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |
| 実施希望時期 | 第１希望 | 令和　　年　　月　　日又は上・中・下旬　　時～　　時 |
| 第２希望 | 令和　　年　　月　　日又は上・中・下旬　　時～　　時 |
| 第３希望 | 令和　　年　　月　　日又は上・中・下旬　　時～　　時 |
| 第４希望 | 令和　　年　　月　　日又は上・中・下旬　　時～　　時 |
| 実施希望場所 | 建物名称 |  |
| 所在地 |  |
| 部屋面積 | 約　　　　　㎡ |  |
| 通信欄 |  |  |

（提出先）

担当：〒０３６－８７１１

　　　弘前市大字野田二丁目７番地１

　　　弘前市健康こども部健康増進課

（弘前総合保健センター内）

　　　電　話：０１７２－３７－３７５０

　　　ＦＡＸ：０１７２－３７－７７４９