

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		F A X	
	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	m ²	
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

F A X：0172－37－7749