

健康管理講座申込書

申込日 令和 年 月 日

<講座内容> ※年度内1～3のいずれか1回限りです
 ※講座形態により申込期日が異なりますのでご注意ください

講座形態 (申込期日) いずれかに✓	希望日時	希望内容
□ 1 会場型 (3か月前)	第1希望 令和 年 月 日 時～ 時	
	第2希望 令和 年 月 日 時～ 時	
	第3希望 令和 年 月 日 時～ 時	
□ 2 オンライン型 (3か月前)	第1希望 令和 年 月 日 時～ 時	
	第2希望 令和 年 月 日 時～ 時	
	第3希望 令和 年 月 日 時～ 時	
□ 3 オンデマンド型 (1か月前)	希望日時	
	令和 年 月 日 ～ 2週間	
	希望講座 いずれかに✓ (2講座まで選択可)	
	<input type="checkbox"/> ① 健診結果の見方 ～結果判定と各健診項目について～	
	<input type="checkbox"/> ② 生活習慣病予防・改善のための食事・運動習慣 ～健康を維持する自己管理のコツ～	
	<input type="checkbox"/> ③ コンビニや外食を上手に活用して健康マネジメント	
	<input type="checkbox"/> ④ 職場のメンタルヘルス ～セルフケアを中心に～	
	<input type="checkbox"/> ⑤ 職場のメンタルヘルス ～依存症への気づきと対処～	
	<input type="checkbox"/> ⑥ 睡眠改善セミナー ～睡眠と健康の関係・睡眠の質を上げる方法～	
	<input type="checkbox"/> ⑦ メタボとはなぜ問題か? ～生活改善への第一歩～	
<input type="checkbox"/> ⑧ 女性のライフステージ別健康管理と対策 (1)成熟期: 20～40歳代の方向け		
<input type="checkbox"/> ⑨ 女性のライフステージ別健康管理と対策 (2)更年期以降: 40歳代以上の方向け		
受講予定人数	男性 名 女性 名 合計 名	

<事業所情報>

事業所記号		担当部署・担当者名	
事業所名			
電話番号		FAX	
メールアドレス			
(1.会場型の場合) 講師派遣先住所			
備考			

※ご要望等ございましたらご相談ください

送付先 FAX : 03-3862-4359

〒111-8668 東京都台東区柳橋1-1-5 東京化粧品健康保険組合 保健事業部