FAXの場合は、このまま送信ください。**FAX：078-361-6652**

いきいき健康サポート事業

意　向　確　認　・　申　込　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **団体名** |  | **代表者****（担当者）** |  |
| **連絡先** | ※日中ご連絡のつくところをご記入ください |
| **意向確認** | 令和3年4月以降の健康サポーター派遣を**希望する　・　希望しない** |

↓派遣を希望される方はここより下の事項も記入願います。（継続しない方は記入不要です）

|  |  |
| --- | --- |
| **希望内容** | ※ご希望の項目に丸印をお付けください**健康相談　・　血圧測定** |
| **日　時** | 第１希望**令和　　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：**第２希望**令和　　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：**第３希望**令和　　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：****※年間通しての派遣をご希望の場合は、予定一覧をあわせてご提出ください** |
| **場　所** | 開催会場**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**所 在 地　**区** |
| **アクセス** | ※最寄の駅等を具体的にご記入ください。 |
| **駅・　　　　　　　　　停留所**より**徒歩　　　　　　　分** |
| **ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ** |
| **備　考** |  |

* 地域の方々の健康増進・介護予防を目的に、地域福祉センターなどを活動拠点とする地域団体に、

健康相談を行う医療職（健康サポーター）を派遣します。（１回につき90分程度）

* ２か月程度の余裕を持ってお申込ください。
* 健康サポーター派遣決定につきましては別途FAXにてお知らせします。

［所管］神戸市保健福祉局保健所調整課　TEL：078‐322‐651７

**＜申込・お問い合わせ先＞**

**公益社団法人兵庫県看護協会　「いきいき健康サポート」係**

**〒650-0011　神戸市中央区下山手通５-６-24**

**TEL：078-341-0255　　FAX：078-361-6652**