

FAX 送信先 : (093) 522-8773



ひまわり太極拳体験会 申込書

みなさんが活動するグループや講座に、専門の指導者が出向き、ひまわり太極拳の紹介及び指導を行います。ひまわり太極拳体験会について、必要事項をご記入後、下記の申し込み先まで郵送又はFAXで送付してください。後日、担当者より、日時等の調整のご連絡をさせていただきます。なお、日時等について、ご希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。

〔体験会希望内容〕 受付番号： 受付日： 月 日（ ） 受付者：

体験会希望日時	年 月 日（ ） 時 分 ~ 時 分 (分間)	実施場所	(住所) (会場名) 駐車場の有無： 有・無
実施するグループ(概要)	(例)市民センター講座・社協サロン など		
再生できる機材の有無	1. CD 2. DVD 3. その他 ()		
参加者の概要	(例)〇〇町内老人会の会員 など	参加者人数(予定)	人
利用のきっかけ	※該当するものに○を付けてください。複数回答可。 チラシ ・ HP ・ 市民センターの紹介 ・ 健康づくり推進員の紹介 市民センターの紹介 ・ 保健師の紹介 ・ その他 ()		

〔申込者情報〕※代表者(連絡先)の方の情報をご記入ください

申込者氏名		性別	男 ・ 女
住所	〒 ー 北九州市		
対応可能な連絡手段	電話 ・ 携帯電話 ・ FAX ・ E-mail ・ 郵送 優先順位() ・ () ・ () ・ () ・ () ※複数選択可(対応可能なもの全てに○をつけてください)		
電話番号	ー ※携帯への連絡も可能な場合は下記に記入 携帯番号(ー ー)	FAX番号	ー
E-mail			
備考	※その他、連絡事項等がありましたら、ご記入ください		

お申し込み・お問い合わせ先

北九州市保健福祉局 認知症支援・介護予防センター
ひまわり太極拳 係

〒802-8560 小倉北区馬借1-7-1 (電話) 522-8765 (FAX) 522-8773