

(様式第1号)

あて先 黒川地区地域医療対策委員会 会長宛て(塩釜保健所黒川 支所地域保健班扱い) FAX 358-1110	件名 脱メタボ!フードモデル等 貸出申込書	送信者(公印不要)
--	-----------------------------	-----------

団体名(又は個人名)	
連絡先	住所 〒 _____ 担当者名 _____ TEL _____ FAX _____ E-mail _____
使用目的	
使用場所	
使用予定日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
貸出希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
対象者	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 高校生 <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> その他(_____)
貸出希望教材(希望する教材に☑をつけて下さい)	
<input type="checkbox"/> 1	フードモデル 嗜好飲料セット
<input type="checkbox"/> 2	フードモデル 菓子セット
<input type="checkbox"/> 3	フードモデル 減塩セット①
<input type="checkbox"/> 4	フードモデル 減塩セット②
<input type="checkbox"/> 5	フードモデル 野菜セット
<input type="checkbox"/> 6	フードモデル 展示用クリアケース
<input type="checkbox"/> 7	パルスオキシメータα(血管年代測定機能付)
<input type="checkbox"/> 8	パネル たばこ・アルコール・間食
<input type="checkbox"/> 9	パネル 野菜
<input type="checkbox"/> 10	パネル 減塩

*太線の枠内のみ記入してください。

*貸出・返却は、平日の午前8時30分から午後5時15分までです。

*実施後、様式第2号の教材利用アンケートを提出してください。

<受付欄>

	申込受付	貸出確認	返却確認
担当者	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日

<お問い合わせ先>

黒川地区地域医療対策委員会事務局(宮城県塩釜保健所黒川支所地域保健班内)

〒981-3304 富谷市ひより台二丁目42の2

TEL 022-358-1111 FAX 022-358-1110