

【妊産婦・乳幼児】健康教室・健康相談申込書

令和 年 月 日

(宛先) 子ども健康課長

下記のとおり申込みします。

地区名・団体名		
主催者	氏名	(役職)
	連絡先	秋田市 電話番号(携帯可) — —
事業名		
開催日時	令和 年 月 日 ()	
	(午前・午後) 時 分 ~ (午前・午後) 時 分	
会場		
内容 (該当項目を○で 囲んでください)	講話・育児相談・身体計測・ <u>おやつづくり</u> ↳食物アレルギー有()・無・未把握	
	その他 [] 講話のテーマ ()	
参加予定者の 年齢・人数	・乳幼児と保護者の組数 () 組 ・乳幼児の年齢内訳 0歳 () 人 1歳 () 人 2歳 () 人 3歳 () 人 4歳 () 人 5歳 () 人 ・保護者以外の大人 () 人	
希望職種・人数	保健師 人 歯科衛生士 人 栄養士 人	

- ・派遣職員の調整上、遅くとも開催日の2か月前までにお申込みくださるようお願いいたします。
- ・業務の関係でご希望どおりの対応ができない場合もありますので、予めご了承ください。
- ・派遣の可否については、申込書受理後、子ども健康課担当者からご連絡いたします。

<申込み・連絡先>

秋田市子ども未来部子ども健康課
母子保健担当 (秋田市保健所2階)
〒010-0976 秋田市八橋南一丁目8-3
電話 018-883-1174
FAX 018-883-1173
E-Mail ro-chhl@city.akita.lg.jp