

(様式 1)

送付先 財団法人 兵庫県健康財団 健康指導部宛 (FAX 078-512-5095)

健康増進プログラム指導者育成講習会受講申込書
9月17日・10月1日 (どちらかを○で囲む)

ふりがな		性別	年齢
受講者氏名		男・女	歳
自宅	〒 — TEL: () — FAX: () — e-mail:		
勤務先	名称 (部署名)	〒 —	
	所在地 連絡先	TEL: () — FAX: () — e-mail:	
職種			
資格	資格名	・ 健康運動指導士 ・ 健康運動実践指導者	
	登録番号		

申込日 平成 年 月 日 受講料振込日 平成 年 月 日

ここに受講料振込金融機関発行の受領書を貼付して下さい。

(コピー可)

送付・問合せ先

財団法人 兵庫県健康財団 健康指導部 健康指導課
〒652-0032 神戸市兵庫区荒田町2丁目1-29
TEL (078) 512-5075 / FAX (078) 512-5095
(担当 亀澤)