

新城市内運動教室登録書

年 月 日

記入者 住所 新城市

氏名

電話

下記のとおり、市内運動教室の登録をします。

記

教 室 名	曜 日	時 間	場 所	対 象
講 師 名		教 室 連 絡 先		

この登録内容については、健康づくりの広報活動以外に使用することはありません。
申請内容に変更があった場合は、随時下記までお知らせ頂くか、ロゴフォームから
ご回答ください。

連絡・問合せ・提出先

新城市 健康福祉部健康課（新城保健センター）

〒441-1301 新城市矢部字上ノ川 1 番地 8

電話 2 3 - 8 5 5 1 FAX 2 4 - 9 0 0 8