

健康教室申込書

団体名	
担当者名	
ご住所	
電話番号	
開催会場	
希望実施日	第一希望 年 月 日 ()
	第二希望 年 月 日 ()
ご希望時間	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 : ~ :
参加対象者(年齢)	
予定参加者数	約 名
備考	ご質問、要望等ございましたらご記入ください。

〒 990-0001 山形市穂積133
山形ヤクルト販売株式会社

担当：松田

TEL 0120-23-8960 FAX 023-632-8961