

出張健康教室 申込書

※は必須項目

※必須 お名前 (ご担当者名)		※必須 〒	-
※必須 施設名		ご住所	
※必須 参加者 人 <small>※おおよその人数でけっこうです</small>		※必須 電話番号	
開催場所		FAX	
希望項目内容		Eメール	
希望開催日	第1希望 月 日() 第2希望 月 日()、第3希望 月 日() ※開催可能日時(平日 9:00~17:00、土曜午前中)		
希望実施時間	分	会場配置図	
ヤクルト試飲	希望 (する ・ しない)		
健康情報誌	希望 (する ・ しない)		
設備確認	(パソコン ・ プロジェクター ・ スクリーン ・ マイク ・ スピーカー)		
その他ご要望などございましたらご自由にお書き下さい。			

※必要事項をご記入の上、お電話またはFAXにてお申し込み下さい。

●出張健康教室のお申し込み・お問い合わせ
大阪北部ヤクルト販売株式会社

TEL : 06-6386-8960

FAX : 06-6337-2471

〒564-0052 吹田市広芝町3-2
TEL:06-6386-8960 FAX:06-6337-2471
MAIL:info@osakahokubu-yakult.co.jp