様式第４号

健康・生活づくりサポート事業　個別相談会 申込書

一般財団法人長崎県教職員互助組合理事長　様

平成　　年　　月　　日

所 属 名	所属番号	
氏　　名	組合員番号 0　　－	

※以下、希望する番号に○印をつけてください。

希望する相談内容	１　生涯生活設計（ライフプランニング）に関する相談 ２　介護に関する相談		
希望する場所	１．島原・２．大村・３．諫早・４．佐世保・５．五島・６．新上五島・７．対馬・８．壱岐・９．長崎		
希望する日及び時間帯①～④ ※離島は①～③ ※介護は①～⑤	第１希望日及び時間帯	第２希望日及び時間帯	第３希望日及び時間帯
	月　　日　（　　）	月　　日　（　　）	月　　日　（　　）
	①・②・③・④・⑤	①・②・③・④・⑤	①・②・③・④・⑤
連絡先 （電話番号・ＦＡＸなど）			