

第19回ふなばし健康まつり ブース出展申込書

提出日 月 日

1. 申込者	団体名			ブース名		
	担当者名			電話番号		
	住所					
	メールアドレス					
2. 活動実績等	設立目的					
	設立年月	年	月	活動年数	年	代表者
	活動概要					
	健康まつり以外のイベント参加	☐ 有	☐ 無	イベント名		
3. 実施内容	【実施分野】	●該当するもの(主なもの1つ)に☑してください。				
		☐ 食生活 ☐ 歯・口腔 ☐ こころ ☐ 感染症 ☐ 運動・身体活動 ☐ たばこ・アルコール・薬物 ☐ 健康を支える基盤(まちの環境)				
	【実施内容】	●実施する内容すべてに☑してください。				
		☐ 相談 ☐ 体験 ☐ 測定 ☐ 資料配布 ☐ パネル展示 ☐ その他 詳細:				
		●実施内容を具体的に、できるだけ詳しく記入してください。				
4. 希望区画数	区画	※1区画＝幅×奥行:3.6m×1.8m				
5. 机や電源等(無料)の希望	机	台	※1区画につき2台まで (1台 幅1.8m×奥行0.45m)			
	椅子	脚	※1区画につき3脚まで			
	側面のパネル希望	☐ 有 ☐ 無	※パネルサイズ縦1.2m×横1.8m 基本仕様は背面のみ			
	電源使用	☐ 有 ☐ 無	口数合計	口	ワット数合計	W
			使用する器具			
6. 共同出展	共同出展の予定	☐ 有 ☐ 無	団体名			
	共同出展の意向	☐ 希望する ☐ 希望しない				
7. 駐車利用	駐車スペースの必要数	台	※駐車料金については自己負担となる場合があります。			
	☐ 普通自動車 ☐ 軽トラック		※その他の車種については別途ご相談ください。			
☐ 「第19回ふなばし健康まつり ブース出展公募要件」について確認し、同意の上、申込みいたします。						

※会場のレイアウト作成等の参考資料とさせていただきます。
 ※ご希望のスペースや設備等が必ず確保できるものではありませんのであらかじめご了承ください。
 ※内容により、実行委員会から他団体と共同でのブース出展等の提案をさせていただくことがあります。

(記入例)

第19回ふなばし健康まつり ブース出展申込書

提出日 7月 1日

1. 申込者	団体名	船橋市地域保健課		ブース名	地域保健課		
	担当者名	鈴木 笑花		電話番号	047-409-3274		
	住所	〒273-8506 千葉県船橋市北本町1-16-55					
	メールアドレス	chiikihoken@city.funabashi.lg.jp					
2. 活動実績等	設立目的	市民の健康増進を推進するため					
	設立年月	1973年	7月	活動年数	52年	代表者	鈴木 笑花
	活動概要	市民の健康増進に係る事業等の推進					
	健康まつり以外のイベント参加	☒ 有	☐ 無	イベント名	食育展		
3. 実施内容	【実施分野】	●該当するもの(主なもの1つ)に ☒ してください。 ☐ 食生活 ☐ 歯・口腔 ☐ こころ ☐ 感染症 ☐ 運動・身体活動 ☐ たばこ・アルコール・薬物 ☒ 健康を支える基盤(まちの環境)					
	【実施内容】	●実施する内容すべてに ☒ してください。 ☒ 相談 ☒ 体験 ☒ 測定 ☒ 資料配布 ☒ パネル展示 ☒ その他 詳細:市職員による説明					
		●実施内容を具体的に、できるだけ詳しく記入してください。					
		公園を活用した健康づくり事業、地域・職域連携推進事業、モアベジの展示、スモーカーライザー、健康ポイントスマホアプリ登録会					
4. 希望区画数	3区画	※1区画＝幅×奥行:3.6m×1.8m					
5. 机や電源等(無料)の希望	机	6台	※1区画につき2台まで (1台 幅1.8m×奥行0.45m)				
	椅子	4脚	※1区画につき3脚まで				
	側面のパネル希望	☒ 有 ☐ 無	※パネルサイズ縦1.2m×横1.8m 基本仕様は背面のみ				
	電源使用	☐ 有 ☒ 無	口数合計	口	ワット数合計	W	
6. 共同出展	共同出展の予定	☐ 有 ☒ 無	団体名				
	共同出展の意向	☐ 希望する ☒ 希望しない					
7. 駐車利用	駐車スペースの必要数	2台	※駐車料金については自己負担となる場合があります。				
	☒ 普通自動車 ☐ 軽トラック	※その他の車種については別途ご相談ください。					
☒ 「第19回ふなばし健康まつり ブース出展公募要件」について確認し、同意の上、申込みいたします。							

※会場のレイアウト作成等の参考資料とさせていただきます。

※ご希望のスペースや設備等が必ず確保できるものではありませんのであらかじめご了承ください。

※内容により、実行委員会から他団体と共同でのブース出展等の提案をさせていただくことがあります。

地域保健課 FAX 047-409-2914