



江東区保健所・\_\_\_\_\_保健相談所

## 食育応援講座 申込用紙

年 月 日

施設名 団体名			住所	
担当者(職)・氏名 申込者氏名			電話	
			FAX	( )
希望日・時間	第一希望	月 日( )	午前/午後	: ~ :
	第二希望	月 日( )	午前/午後	: ~ :
	第三希望	月 日( )	午前/午後	: ~ :
対象者予定人数	子ども( 才 ) 人	大人 人	その他 ( )	
希望内容	<p>希望する内容に○をつけてください。具体的な要望がある場合はお書きください。</p> <p>お話の内容 <input type="checkbox"/> 災害時の食料備蓄について</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> 実習</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p>			
会場				

以上申し込みをいたします。

代表者名  
又は  
施設長名



\* 保健所記入欄(下記には記入しないで下さい。)

担当者	実施日	担当課長		備考
	/ ( )			