

食育応援隊事業申込書

多摩市健康福祉部健康推進課長 殿

平成 年 月 日

団体名 _____

代表者住所 多摩市 _____

氏名 _____

電話番号 _____

食育の推進に関する食育応援隊事業を下記により申し込みます。

(※太枠内をご記入ください)

対象		参加予定人数	人
開催場所	名称：		
	所在地：		
	電話：		
開催希望日	第1希望	第2希望	第3希望
	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
	午前・午後 時 分～	午前・午後 時 分～	午前・午後 時 分～
	午前・午後 時 分	午前・午後 時 分	午前・午後 時 分
内容	講話のみ または 調理実習		
担当者	氏名 電話番号 (あれば) FAX 番号		
備考			

<健康推進課使用欄>

受付	<input type="checkbox"/> No.
日程調整	未・済→開催決定日 年 月 日 () : ~ :
担当者の決定	未・済→講師名 ()
先方への返事	未・済 (/) 氏名
報告書の提出	団体 (/) 講師 (/)