北九州市保健福祉局健康推進課
送信先：FAX（093）582-4997

送信票不要

地域食育講座

講師派遣の申込書

ふりがな				
団体・グループ名				
ふりがな				
代表者名				
連絡先	担当者			
	住所			
	e-mail(任意)			
	電話番号		FAX番号	
希望内容	テーマ			
	日時	令和　　年　　月　　日（　　曜日） 時　　分　～　　時　　分		
	実施会場名			
	会場所在地		電話番号	
	参加予定人数	人		
備考				

（注）　希望日の２ヶ月前までにお申込みください。

保健福祉局記入欄

	受付番号
受付日時	令和　　年　　月　　日（　　曜日）
派遣講師	
備考	