

# 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		FAX				
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				
参加人員	人 うち、30歳未満 ( ) 人						
備考							

(注) 上記の太枠で囲んだ部分のみ記入ください。 また、希望日の2ヶ月前までにお申込みください。

以下、保健福祉局記入

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