

# 食生活改善地区講習会 申込書

提出日： 年 月 日

団体名		
代表者	ふりがな	
	氏名	
	住所	
	電話番号	
開催希望月		第1希望 月 第2希望 月 ※6月～翌年2月まででお願いします。
参加予定人数		人 ※現時点での予定人数をお書きください。 ※10～25人の範囲でお願いします。
希望する実施場所		※総合保健福祉センターでも実施可能です。
備考		

- 後日、事務局から連絡・相談させていただきます。
- 初めて受講される地区や団体を優先して選考させていただきます。

【提出先】 東温市食生活改善推進協議会 事務局（東温市健康推進課）

〒791-0211 東温市見奈良490番地1 東温市総合保健福祉センター  
TEL:089-964-4407 FAX:089-964-0064 (担当:大中)