（送付先）瀬戸内市　健康づくり推進課

FAX （0869）24-8081

**出前食育講座申込書**

下記の内容で、講師派遣の調整を依頼します。

依頼日　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼する内容・テーマ |  |
| 希望日時＊第３希望日まで | 　　1. 令和　　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：
2. 令和　　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：
3. 令和　　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：

　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 開催場所 | 場　所：住　所： |
| 参加予定者 | 　　　　　　　　　　　　　人　 |
| 会の名称 |  |
| 連絡先 | 代表者 |  |
| 電話番号 |  |
| 備　考 | ＊開催に関して配慮が必要なこと等があれば記入してください。 |