

(送付先) 瀬戸内市 健康長寿課 栄養士
FAX (0869) 24-8840

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。