

# 食生活改善推進員事業 申込書

令和 年 月 日

(宛先) 保健センター長

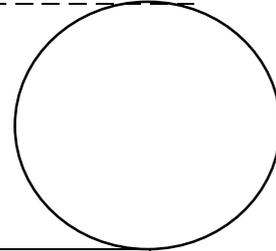
申込者 団体名 \_\_\_\_\_  
代表者名 \_\_\_\_\_

|                 |                |                  |   |
|-----------------|----------------|------------------|---|
| 希 望 日           | ①              | ②                | ③ |
| 時 間             |                |                  |   |
| 会 場             |                |                  |   |
| 対 象 人 数<br>(年齢) | 名              |                  |   |
| 内 容             |                |                  |   |
| 駐車場の有無          | 有(駐車可能台数: 台)・無 |                  |   |
| 担 当 者 名         |                | 連絡先(電話)<br>(FAX) |   |

※申込書を確認後、必ず保健センターから連絡をいたします。  
詳細決定後、受付書の返送をもって、申込み完了となります。

(保健センター記入欄)

# 食生活改善推進員事業 受付書



\_\_\_\_\_様

|                  |              |                   |                              |
|------------------|--------------|-------------------|------------------------------|
| 開 催 日 時          |              |                   |                              |
| 人 数              |              |                   |                              |
| 駐 車 場<br>使 用 希 望 |              |                   |                              |
| 担 当 者 名          | 保健センター 健康増進係 | 連絡先 (電話)<br>(FAX) | 04-7125-1189<br>04-7125-1001 |
| そ の 他            |              |                   |                              |

※キャンセル等の場合は、必ずご連絡ください。

見本

## 食生活改善推進員事業 申込書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 保健センター長

申込者 団体名 〇〇保育所  
氏名 保健 専太

|              |  |                  |                              |
|--------------|--|------------------|------------------------------|
| 希望日          | ① 4月1日 ② 5月2日 ③ 6月3日                               |                  |                              |
| 時間           | 午前10時から12時   |                  |                              |
| 会場           | 〇〇保育所 〇〇教室   |                  |                              |
| 対象人数<br>(年齢) | 20名(4~5歳児)   |                  |                              |
| 内容           | 人形劇の依頼。<br>朝ご飯の大切さをわかりやすく伝えてほしい。                   |                  |                              |
| 駐車場の有無       | <input checked="" type="checkbox"/> (駐車可能台数: 7台)・無 |                  |                              |
| 担当者名         | 〇〇保育所<br>保健 専太                                     | 連絡先(電話)<br>(FAX) | 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇<br>〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |

※申込書を確認後、必ず保健センターから連絡をいたします。  
詳細決定後、受付書の返送をもって、申込み完了となります。

(保健センター記入欄)

## 食生活改善推進員事業 受付書

ご担当者様

|             |   |                  |                              |
|-------------|---|------------------|------------------------------|
| 開催日時        | 6月〇日  |                  |                              |
| 人数          | 食生活改善推進員〇名、保健センター職員〇名   |                  |                              |
| 駐車場<br>使用希望 | 有 (〇台分確保をお願いします)  |                  |                              |
| 担当者名        | 保健センター 健康増進係<br>〇〇  | 連絡先(電話)<br>(FAX) | 04-7125-1189<br>04-7125-1001 |
| その他         | 朝ご飯の人形劇とうんちのエプロンシアターを実施します。<br>たべもののうたを歌う予定です。食べ物のうちわをあげる協力を園児の皆さんにお願いします。<br>※準備のために30分前には会場に入ります。 |                  |                              |

※キャンセル等の場合は、必ずご連絡ください。