**「かながわ食育出前講座」申込票**

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 団体  （グループ） | 名　称：  住　所： |
| 代表者 | 氏　名：  電話：  電子ﾒｰﾙ： |
| 担当者  （上記と異なる場合のみ記入） | 氏　名：  電話：  電子ﾒｰﾙ： |
| 派遣日時 | 年　　月　　日（　　　）　　　：　　　～　　　： |
| 派遣場所 | 名　称：  所在地：  設　備：プロジェクター　有　無　（○をつけてください） |
| 講座 |  |
| 参加予定者数 |  |
| 備　考  （講師への希望  ・留意事項等） |  |

※お申込みに当たっては、事前に講座の内容、派遣希望の日時、場所等についてご相談ください。

電話番号：０４５－２１０－４７８４

※申込みは、上記の内容が記載されていれば、任意様式でも結構です。

【申込先】　神奈川県健康医療局保健医療部健康増進課

健康づくりグループ

　　　　　　電　話：０４５－２１０－４７８４

　　　　　　ﾌｧｸｼﾐﾘ：０４５－２１０－８８５７