

申し込み先:食育サポーターの会事務局
北部保健福祉センター北部地域保健課
管理栄養士 あて
電話(06-4950-0637) FAX(06-6428-5110)

太枠部分をご記入の上、事務局へ実施予定日の
2か月前の第1月曜日までに
ご提出下さい。日程調整の結果、代表者の方へご
連絡させていただきます。

無料

食育サポーターの会の活動依頼申し込み書

依頼日(平成・令和 年 月 日)

依頼者名	(グループ名)
	(活動内容)
代表者名 (連絡先)	(代表者氏名)
	尼崎市
	電話() 携帯電話() FAX()
希望日時	《候補日》日程調整のため、3つほど候補日、時間をご記入下さい
	① 月 日() : ~ :
	② 月 日() : ~ : ③ 月 日() : ~ :
実施場所	(施設名)
	(住所)
内容	(対象者) 3歳児未満・3歳~就学前児・小学生・中学生・高校生・()
	大人のみ・親子・子どものみ ()名程度
	(活動依頼内容)口にチェック、テーマに○をつけてください。 <input type="checkbox"/> お話やゲーム ・食育カルタ ・野菜のヘタを使ったおえかき ・おはしを上手に使えるかな ・野菜カード釣りゲーム(献立選び) ・人形劇「朝ご飯は金メダル」 ・紙芝居「まあくんのおいもほり」 ・エプロンシアター「まあくと元気キッズ」 <input type="checkbox"/> クッキングされる際のサポート(テーマに沿ったレシピの提供も可能) ・朝ごはん ・おやつ ・災害時に役立つ乾物缶詰クッキング ・エコクッキング ・伝えたいおせち料理 ・その他()
備考	

調整させていただいた結果、下記の日時で依頼を受けました。

実施日	令和 年 月 日() : ~ :
-----	-------------------

(受理日: 、受理者:)