

申し込み先

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(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。 *現在、調理実習については行っていません。 <input type="checkbox"/> お話 ・食育カルタ ・野菜カード釣りゲーム(献立選び) ・紙芝居「まあくんのおいもほり」 ・大型食育絵本 ・野菜のヘタを使ったおえかき ・人形劇「朝ご飯は金メダル」 ・エプロンシアター「まあくと元気キッズ」
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: )