

令和 年 月 日

送付先：鹿児島市保健予防課 栄養担当

FAX：099-803-7026

メール：hokenyobou@city.kagoshima.lg.jp

「食によるヘルスアップ講座」申込書

申請者	学校名・ 団体名	
	代表者名	
日時	第一希望日	令和 年 月 日 ()
		時 分から 時 分まで
	第二希望日	令和 年 月 日 ()
		時 分から 時 分まで
実施会場		
参加予定者	生徒・学生 (名) 学年： 教員 (名) その他 (名) 計 (名)	
内容	※主に、「適正体重」や、「食事の量やバランス」についての講話を予定しておりますが、その他に取り入れてほしい内容等ありましたらご記入ください。	
担当者連絡先	電話： 担当者名 () FAX： メール：	
連絡事項等		

※メールでお申し込みされる場合は、件名に「食によるヘルスアップ講座申込」と記載してください。

※送信した後に、保健予防課まで電話で連絡をお願いいたします。(TEL:099-803-6927)