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）