

旭川市保健所
保健指導課

広瀬, 幡谷 行

FAX : 26-7733

Eメール : hokensidou@city.asahikawa.lg.jp

令和5年度給食従事者研修参加申込書

令和 年 月 日

●出席者

施設名		電話
		FAX
職名	氏名	備考

(例) 栄養士 旭川花子

●報告担当者名 _____

!! お手数をおかけしますが令和6年2月9日(金)までに
ご連絡をお願いいたします。(送信票は不要です)