|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 |  | |
| 生年月日 | □　男　性  □　女　性 | 大正・昭和・平成　　　　　年　　　月　　　日生まれ  満　　　　歳（令和６年７月１日現在） |
| 住　所 | 〒　　　　－  電話（　　　　）　　　　－ | |
| （この他に連絡先がある場合は住所等を記入してください） | |
| 通勤先又は  通学先 | （他の市町村にお住まいの方で，旭川市内に通勤・通学している方のみ記入してください。）  通勤先・通学先（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  同住所（旭川市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 応募状況 | （現在，他の附属機関等に応募されている場合は，その機関名を記入してください。） | |

応募の動機及び本市の食育推進に対する考えや有効と思う施策等

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 | 受付日 |
|  |  |

【提出先】〒070-8525　旭川市7条通９丁目旭川市総合庁舎４階

　　　　　旭川市保健所 健康推進課 地域健康づくり担当

　　　　　電話：(0166)23-7816　　FAX：(0166)26-7733

　　　　　E-mail:kenkozukuri＠city.asahikawa.lg.jp