

宛先 旭川市保健所 保健指導課 栄養担当 FAX：0166-25-1151

※必要事項を記入してFAXで送信してください。不備等がある場合は受付できませんのでご注意願います。

受付期間は6月17日(金)から6月24日(金)までです

チャレンジクッキング申込書

送信日 令和4年6月 日

1. 参加希望日を丸で囲んでください。第2希望は無ければ記載は不要です。

第1希望：7/16(土)・7/28日(木)・8/2日(火)

第2希望：7/16(土)・7/28日(木)・8/2日(火)

2. 次の枠内に必要事項を記入してください。

	参加者①	参加者②	参加者③	参加者④
ふりがな				
氏名				
住所 ※アパート等の名称及び 室番号まで	〒 - 旭川市	〒 - 旭川市	〒 - 旭川市	〒 - 旭川市
電話番号 ※日中つながる番号				
学年 ※いずれかに○	小学 4・5・6 年生	小学 4・5・6 年生	小学 4・5・6 年生	小学 4・5・6 年生
食物アレルギー ※いずれかに○	無・有 有の場合は食材記入 〔 〕	無・有 有の場合は食材記入 〔 〕	無・有 有の場合は食材記入 〔 〕	無・有 有の場合は食材記入 〔 〕

3. 代表者(保護者)について記入してください。

ふりがな 氏名	住所	〒 - 旭川市	E-mail	※メールアドレスをお持ちの方は記入願います。
			電話	※日中つながる番号