

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19日(月)から 6月26日(月)までです。

チャレンジクッキング申込書

送信日 令和5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: 7/22(土)・8/1日(火)・8/17日(木)

第2希望: 7/22(土)・8/1日(火)・8/17日(木)

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		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。
氏名			電話	※日中つながる番号