**宛先　旭川市保健所 健康推進課 地域健康づくり担当**F A X：０１６６－２６－７７３３

受付期間は11月14日(木)から11月20日(水)までです。

※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。

**チャレンジクッキング申込書**送信日　令和６年　　　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：１２/７（土）・１２/２６日（木）・１/９日（木）　　　　第２希望：１２/７（土）・１２/２６日（木）・１/９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 | 〒　　　　ー旭川市 | 〒　　　　ー旭川市 | 〒　　　　ー旭川市 | 〒　　　　ー旭川市 |
| 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 | 〒　　　　ー旭川市 | 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 |