

宛先 旭川市保健所 健康推進課 地域健康づくり担当 FAX：0166-26-7733
※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ください。

受付期間は 11 月 14 日(木)から 11 月 20 日(水)までです。

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	〒 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