宛先　旭川市健康保健部　健康推進課　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願います。

受付期間は 11 月 13 日(木)から 11 月 19 日(水)までです。

チャレンジクッキング申込書

送信日　令和７年１１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：１２/６（土）・１２/２６日（金）・1/１３日（火）　　第２希望：１２/６（土）・１２/２６日（金）・1/１３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		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