**食育指導員活動依頼書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 連絡先（申込者） | 担当者名 |  |
| 住所 | 〒　　　　－ |
| 電話番号 | 　　　　　　 | ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅメール |  |
| 活動希望日 | 第1希望　　　月　　　日（　）　　　時　　分～　　時　　分 |
| 第2希望　　　月　　　日（　）　　　時　　分～　　時　　分 |
| 第3希望　　　月　　　日（　）　　　時　　分～　　時　　分 |
| 活動場所 | 住所（連絡先住所と同じ場合記入不要）　　〒　　　　－ 京都市　　　　　区駐車場　　あり・なし |
| 対象者・人数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人 |
| 食育指導員への依頼内容（具体的に記載願います。開催概要等がある場合は添付してください。） | □交通費の支給　　なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　）□希望の活動メニュー名（　　　　　　　　　　　　　　　　　）具体的な内容　　 |

　　【提出先】京都市保健福祉局健康長寿のまち・京都推進室健康長寿企画課健康長寿推進第二担当

　　　〒604-8101　京都市中京区柳馬場通御池下る柳八幡町65　京都朝日ビル4階

健康長寿企画課受付日

　　　　　ＴＥＬ：075－222－3424　　ＦＡＸ：075－222－3416

　　　　　Ｅmail：kyoto-shokuiku@city.kyoto.lg.jp