

(様式2)

## 食育推進活動実施報告書

令和 年 月 日

名 称 \_\_\_\_\_  
所 在 地 \_\_\_\_\_  
代表者名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
担当者名 \_\_\_\_\_

下記のとおり、食育活動の実施状況を報告します。

1 活動を依頼した ボランティア氏名	
2 日時	令和 年 月 日 ( ) 時 ~ 時
3 活動場所	
4 対象者と参加人数	
5 実施内容 (使用した資料があれば 添付してください)	
6 感想・意見等	

(提出・問合せ先) 岡崎市保健所保健政策課保健政策係  
〒444-8545 岡崎市若宮町二丁目1番地1  
TEL:0564-73-6022 FAX:0564-23-5041

※ 食育活動終了日から10日以内に提出してください。