

(様式1)

食育推進ボランティア活動依頼書

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、「岡崎市食育推進ボランティア」による活動を依頼します。

1 日時	令和 年 月 日 () 時 ~ 時
2 活動場所	
3 対象者と人数	
4 活動行事等の 趣旨・目的	
5 活動依頼内容 (希望依頼人数)	
6 その他	

(問合せ) 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