



富士見市健康増進センター 健康づくり支援係 行

F A X : 049-255-3321 (このまま送信してください)

食育推進室事業 申し込み用紙

申し込み日： 年 月 日 ()

開催日・事業名	年 月 日 () (事業名)
(ふりがな) お名前	
事業当日の年齢	歳 (学生の場合のみ記入) 小・中・高・大 年
ご住所	〒 富士見市
電話番号 (日中連絡がとれる電話番号)	
F A X 番号	
落選した場合、キャンセル待ちを希望しますか? (どちらかに○をつけてください。)	希望する 希望しない
通信欄	

※ご記入いただいた個人情報は、食育推進室事業に関する連絡に利用し、他の目的では利用いたしません。

■ 申込み・問い合わせ

富士見市健康増進センター

〒354-0021 富士見市鶴馬 3351-2

TEL 049-252-3771 FAX 049-255-3321

受付番号

F -