令和６年度食品の安全こども教室申込書

年　　月　　日

長野県健康福祉部長（又は　　保健福祉事務所長）　様

学校名

(学校長名)

下記のとおり、食品の安全こども教室の実施について申込みします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名 |  |
| 所在地 | 〒  電話番号：  FAX番号：  E-mail： |
| 担当者氏名 | （担当者連絡先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 実施日時 | 第１希望：　　　年　　月　　日（　　曜日）　　　時　　分～　　時　　分  第２希望：　　　年　　月　　日（　　曜日）　　　時　　分～　　時　　分  第３希望：　　　年　　月　　日（　　曜日）　　　時　　分～　　時　　分 |
| 受講予定児童 | 児童数：　　　　名  学年・クラス：　　　　　学年　　　組 |
| その他 |  |

この教室の様子の画像を長野県ホームページに掲載する場合があります。不都合がある場合は、お知らせください