

「あおもり食育サポーター」活動申込書

作成日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

申込 団体	団 体 名			
	所 在 地	〒		
団 体 担 当 者	氏 名			
	電 話 番 号		F A X 番 号	
	電 子 メ ー ル			
要 請 時 期	平成 年 月 日 () : ~ :			
会 場 名				
参 加 对 象 者		参加人数		名
要 請 内 容	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> (どんな内容の活動を希望するか具体的に記載願います) </div>			

- 注 1 御希望に添うようサポーターとの日程調整等を行いますが、場合によっては御希望に添えない場合もありますので、あらかじめ御了承願います。
- 2 本票は、次のところまで、郵便、ファクシミリでお送りください。送付先は、次のとおりです。

青森中央短期大学 あおもり食育サポーター事務局
 [所在地] 〒030-0132 青森市横内字神田12
 [電 話] 017-728-0121 [F A X] 017-738-8333