

「あおもり食育サポーター」活動報告書

平成 年 月 日

(サポーター事務局) 御中

申込団体名
代表者氏名
担当者氏名

下記のとおり、「あおもり食育サポーター」による活動結果を報告します。

記

実施日時	平成 年 月 日 () : ~ :
実施場所	
対象者・人数	
実施内容	
食育サポーター を活用しての 感想・意見	
食育全般に関する 意見・要望	

- 注1 「代表者氏名」「担当者氏名」は、ともに氏名のみの記載で、押印は不要です。
- 2 食育サポーターの活動が分かる写真(2~3枚程度)、資料、チラシ、パンフレット等がありましたら添付してください。
- 3 実施後14日以内に郵便、ファクシミリ(写真、資料等は郵送)等で、次までお送りください。

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 [FAX] 017-738-8333