

北名古屋市食育推進員 申込み用紙

下記の必要事項をご記入の上、令和8年3月31日（火）までに、北名古屋市保健センターへ提出してください。
後日、担当者より連絡させていただきます。

申込日：令和 年 月 日

(ふりがな) 氏名	()	性別	男 ・ 女
生年月日	(和暦) 年 月 日	年齢	歳
連絡先	住所	〒 ー 北名古屋市	
	電話	自宅： 携帯：	
		※日中連絡がつく時間帯に☑ <input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 午前(9時~12時) <input type="checkbox"/> 昼(12時~13時) <input type="checkbox"/> 午後(13時~16時) <input type="checkbox"/> 夕方(16時~17時) <input type="checkbox"/> その他 ()	

担当：北名古屋市保健センター（市民健康部健康課）
〒481-0041 北名古屋市九之坪笹塚1番地
TEL：0568-23-4000 FAX：0568-23-0501