

## 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 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