親子食品安全教室　食の安全見て学び隊　申込用紙

【あて先】

　宇都宮市保健所生活衛生課

　食品衛生グループ　FAX　028-627-9244

|  |  |
| --- | --- |
| 参加希望時間  （希望する時間に） | ①　午前の班：午前９時　～　正午  ②　午後の班：午後１時　～　４時 |
| 住所 | 〒  宇都宮市 |
| ふりがな |  |
| 氏名（保護者） |  |
| ふりがな |  |
| 氏名(小学生) |  |
| 学校名・学年 | 小学校　　　　　　　　　　年生 |
| 電話番号  （日中連絡のつく連絡先） | ―　　　　　　　　― |
| 参加人数 | 人 |
| ふりがな |  |
| 氏名 | 上記の方のほかに参加を希望する方がいる場合は，御記入ください |
| 保護者との続柄 |  |
| 質問・疑問等 | 質問・疑問等があれば記載してください。 |