

ふなばし食育ボランティア活動依頼書

年 月 日

団体名		代表者名	
所在地 (住所)			

下記のとおり、ふなばし食育ボランティアへ活動を依頼します。

依頼ボランティア名	
活動行事の目的	
活動依頼日時	
活動依頼場所	
活動対象・人数	
活動依頼内容	
その他	
担当者	担当者名
	電話
	F A X
	メールアドレス

郵送またはF A X、メールでお送りください。

問合せ先・送付先

船橋市保健所 地域保健課

〒273-8506 船橋市北本町 1-16-55

TEL 047-409-3274

FAX 047-409-2914

E-mail chiikihoken@city.funabashi.lg.jp