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 |
| ＦＡＸ |
| メールアドレス |

郵送またはＦＡＸ、メールでお送りください。

**問合せ先・送付先**

船橋市役所　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