

令和6年度三豊市食生活改善推進協議会養成講座申込書

令和6年 月 日

フリガナ	
氏名	
住所	〒 - 三豊市 町
生年月日	年 月 日 (歳)
電話番号	() -

※上記の個人情報の取り扱いについては、三豊市健康課及び三豊市食生活改善推進協議会（支部代表者）からの連絡、養成講座修了証書交付後「香川県西讃保健福祉事務所」への報告を目的とします。

三豊市 健康福祉部 健康課