令和7年度三豊市食生活改善推進協議会養成講座申込書

令和7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