

(別紙)

加東健康福祉事務所 食品薬務衛生課 あて

FAX : 0795-42-6228

食の探検隊バスツアー 参加申込書

お申込日：平成30年 月 日

お子様	お名前 (ふりがな)	
	性別・学年	男 ・ 女 / 小学 () 年生
	食物アレルギー	無 ・ 有 (詳しく:)
保護者	お名前 (ふりがな)	
	性別・年齢	男性 ・ 女性 / () 歳
	食物アレルギー	無 ・ 有 (詳しく:)
ご住所	〒	
電話番号 ※平日の日中に連絡がつく番号を 記入してください		
希望日	①7月26日(木) ②8月 1日(水) ③7月26日、8月1日のどちらでもよい	

希望日については、いずれかを○で囲んでください。