**＜あて先＞**

東区保健福祉センター健康課

管理栄養士　　あて

**ＦＡＸ　６５１－３８４４**

ヘルスメイト養成教室＊受講申込ＦＡＸ用紙

申込日：R6年　 月 　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 昭和　　 年　 　月　 　日（　　 歳） |
| 住所 | 〒　　　-福岡市東区 |
| 校区 | お住まいの地域の小学校区…（　　　　　　）校区 |
| 電話番号 |  |
| 備考 |  |

※定員等で受講いただけない場合は，記載いただいた電話番号に連絡いたします。

※お名前は**楷書体**での記載をお願いします。