

<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

ヘルスマイト養成教室＊受講申込FAX用紙

申込日：R7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。