

(公 印 省 略)
保 健 第 8 7 4 号
令 和 元 年 1 2 月 4 日

各給食施設長 様

福岡市保健福祉局長
(健康医療部健康増進課)

給食施設従事者対象実習付き研修会の開催について (通知)

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。
本市保健福祉行政につきましては、平素からご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。
このたび、栄養改善事業の一環として下記のとおり実習付き研修会を開催いたします。
つきましては、業務ご多忙の折恐縮に存じますが、貴所属の給食関係者のご出席につき
まして、ご配慮くださいますようお願い申し上げます。

記

- 1 日 時 ①令和2年2月27日(木) 10時30分～13時30分
②令和2年3月6日(金) 10時30分～13時30分
(受付 10時15分～)
- 2 場 所 ふくふくプラザ5階 調理実習室
(福岡市中央区荒戸3丁目3番39号)
- 3 対 象 市内給食施設従事者 各25名(先着順)
- 4 内 容 「地域農産物を活用した料理講習会」
講 師 中村学園大学短期大学部食物栄養学科
教授 三堂 徳孝
助教 仁後 亮介
①②とも内容は同じです。
- 5 参加費 無料
- 6 申込方法 別紙「FAX送信票」に必要事項を記入し申込先へ送付してください。
- 7 応募締切 ①②とも令和元年12月25日(水)～令和2年2月13日(木)
まで
開催日の一週間前までに、FAXにて詳細をお知らせします。

8 申込先 福岡市保健福祉局健康増進課栄養指導係
FAX:092-733-5535

- 9 留意事項 (1) 1施設2名までのお申込みとなります。
- (2) お申込み後、キャンセルされる場合は、お早めに下記までご連絡をお願いします。
- (3) 当日、申込者と別の方が来られた場合は、受付までお申出ください。
※同施設の方に限ります。

(担当)

保健福祉局健康医療部健康増進課
栄養指導係 高橋 大場
TEL:711-4374 FAX:733-5535

F A X送信票

F A X番号：092-733-5535

福岡市保健福祉局健康増進課

栄養指導係 行

施設名		
(ふりがな) 参加者名		2/27・3/6 ※受講希望日に○をつけてください。
		2/27・3/6 ※受講希望日に○をつけてください。
施設の住所	区	
電話番号 (連絡が取れる番号)		
返信先F A X番号 (詳細をお知らせします)		

送信者 _____

電話番号 _____