

北部保健福祉センター北部地域保健課
管理栄養士あて
電話(06-4950-0637) ファクス(06-6428-5110)

*太枠内をご記入の上、希望する実施日の
1か月前までにお申込みください。

こどものための食育推進講座 申し込み書

依頼日 令和 年 月 日

依頼者名	(グループ名)		
	(活動内容)		
代表者名 (連絡先)	(代表者氏名)		
	〒 市 区 町 丁目 番 号		
	電話()	携帯電話()	FAX()
希望日時	第1希望	第2希望	第3希望
	令和 年 月 日()	令和 年 月 日()	令和 年 月 日()
	(午前・午後) : ~ :	(午前・午後) : ~ :	(午前・午後) : ~ :
実施場所	(施設名)		
	(住所)		
実施内容	<input type="checkbox"/> 講話のみ(実習なし) <input type="checkbox"/> 実習あり		
	(対象とする年齢) <input type="checkbox"/> 3歳児未満 <input type="checkbox"/> 3歳~就学前児 <input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 高校生		
	(希望テーマ) 例 「望ましい食習慣の確立」について 【 】はメニュー紹介の内容です ・早寝早起き朝ごはん【カンタン朝ごはんメニューなど】 ・野菜をおいしく食べる工夫【野菜を使ったおやつ作りなど】 ・バランスのいい食事選び【簡単お弁当作りなど】 「食に対する感謝の気持ちを育む」や「食文化の継承」について ・作ろう、伝えよう行事食【おせち料理、みそ作りなど】 ・地産地消【旬や尼崎産、兵庫県産の野菜についてなど】 ・「もったいない」ってどんなこと?【エコクッキング紹介】 ・加えて欲しい災害時に必要な準備のひとつ【パッククッキング紹介】 ・その他(離乳食、幼児食についてなど)		
注意点	● 会場予約及び会場使用料、「実習あり」の場合の実習費用は申し込み者負担 ※未来いまカラダポイント事業		
参加者状況	《構成》 ・保護者のみ(名) ・親子(子どもの年齢: 歳、 名) ・その他()		《備考欄》

受理日 年 月 日 受理者()