

**<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：R8年 月 日

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和・平成 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	

※お名前は楷書体での記載をお願いします。

※ご記入いただいた個人情報は、本教室に関することのみに使用します。