

まつやま食育推進サポーター活動依頼書

平成 年 月 日

サポーター名 _____ (登録 _____)

代表者 _____

下記のとおりサポーターの協力・支援をお願いいたします。

なお、個人情報は厳守し、本活動の目的以外には使用いたしません。

体験等活動の内容	
依頼内容	体験場所の提供(内容等 _____) 人材協力(内容等 _____)
実施日時	平成 年 月 日 () (午前・午後 : ~ :)
実施場所 (所在地、施設名等)	実施場所が決まっている場合にはご記入ください。
参加対象者及び 予定人数	(_____ 人)
この食育活動 のねらい	
費用負担の有無	無 有(内訳 _____) ボランティア活動のため、参加料・講師料は原則として無料としますが、その他必要な費用が発生した場合については双方の責任において協議するものとし、市は関与いたしません。
備 考	記入しきれない内容は別に提出ください。別添(有 ・ 無)
スタッフ記入欄 (担当者: _____)	受付日(_____ 年 月 日)依頼 (_____)

提出先：〒790 - 0813 松山市萱町6 - 30 - 5 松山市保健所 地域保健課 栄養指導担当
 電話：089 - 911 - 1859 F A X：089 - 923 - 6062 E - mail kenkou@city.matsuyama.ehime.jp

以下はスタッフが記入します

上記の依頼について、該当と思われるサポーターをお知らせします。

連絡日 _____ 年 月 日

依頼日 _____ 年 月 日 依頼 (_____)
該当と思われるサポーターの名称(登録 _____)、代表者の連絡先等

依頼者は食育体験等の実施後に「まつやま食育推進サポーター活動実施報告書(様式5)」により報告を行ってください。なお交渉が成立しなかった場合は、その旨を当市へ報告してください。