ちよだ食育ネットワーク会員登録申込書

申込日：　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 名称 |  |
|  | 郵便番号 |  |
|  | 住所 |  |
|  | 電話番号 |  |
|  | ＦＡＸ番号 |  |
|  | E-Mailアドレス |  |
|  | ＨＰアドレス |  |
|  | 担当者 |  |
|  | 備考（紹介文） |  |

いただいた情報は事務局で管理し、名称及び備考欄に記載している情報については、ちよだ食育ネットワーク会員内で共有します。

また、承諾がない限り、会員以外の第三者に提供することはありません。

提出先　：千代田区千代田保健所

保健サービス課保健サービス係（栄養担当）

住所　　　：〒102-0073

千代田区九段北１－２－１４

電話　　　：03-5211-8177

ＦＡＸ　　　：03-3262-1160

E-Mail：hoken-service@city.chiyoda.lg.jp