（別紙８）

あおもり食育サポーター事務局　行

「あおもり食育サポーター」活動報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　令和　　年　　月　　日

 　　　 申込団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　下記のとおり、食育活動の結果を報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 実　施　日　時 |  令和　　　年　　　月　　　日（　　） 　 ： ～　 　：　　　 |
| 活　動　場　所 |  |
| 対　　象　　者 |  | 参加人数 |  人 |
| 担当した食育サポーター氏名 |  |
| 活　動　内　容 |  |
| 本日の活動は、ねらいに沿った活動だったか「はい」以外に○をされた場合は、（）にその理由も記載してください。 |  　　　　 はい　　　・　　　いいえ　　　・　　　その他　理由 |
| 活動についての御感想・御意見 |  |

 注１　「担当者氏名」は、氏名のみの記載で押印は不要です。

　 ２　活動の様子がわかる写真（２～３枚程度、コピー用紙に印刷したものでも可）の添付をお願い　　　いたします。

 ３　実施後１４日以内に郵送又はメールにて下記宛先までお送りください。

|  |
| --- |
|  あおもり食育サポーター事務局　TEL　017-728-0131　FAX　017-738-8333 　〒030-0132　青森市横内神田１２番地　青森中央短期大学内 |