

知って得する非常食！ 参加申込書

JA 愛媛厚生連
健康指導課 行
F A X 089-970-2088

農業協同組合

印

標記について、下記のとおり申込みいたします。

記

1. 実施団体名	女性部（支部名 ）・その他（ ）
2. 参加人数	約 名
3. 希望日程	ご希望日をご記入ください。 令和 年 月 日
4. 対象者の年齢と人員	歳～ 歳まで 約 人
5. 担当者	部署名： 部 課 氏名： 連絡先：
6. 送迎について	いずれかに○をつけてください。（別紙申込書あり） 希望する 希望しない
7. 集合時間・場所	送迎を希望される場合は、ご記入ください。 ※橋の通行料を別途請求させていただく場合がございます。 集合時間： 時 場所：

お問い合わせ先

JA 愛媛厚生連

健康指導課

TEL 089-970-2070