

町田市食育ボランティア活動報告書

記入者氏名

連絡先

年 月 日

活動日時	年 月 日 () : ~ :			
活動場所	名称: 住所:			
対象者	名			
ボランティア活動者				
活動内容				
使用媒体	有 <input type="checkbox"/> () 無 <input type="checkbox"/>			
事前準備	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ※「有」の場合は、準備の内容を下の表にご記入ください。			
	日時	内容	活動者	場所
	年 月 日 () : ~ :			
	年 月 日 () : ~ :			
	年 月 日 () : ~ :			
	年 月 日 () : ~ :			
	年 月 日 () : ~ :			
活動後の評価・課題				
活動の写真	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> →「有」の場合は、可能な範囲で写真を下記までご提出ください。			
事業協力謝礼辞退者				

※活動終了後、14日以内に右記へご提出ください。

町田市保健所 保健予防課 保健栄養係
〒194-0021 町田市中町2-13-3
電話：042-722-7996 (直通)
FAX：050-3161-8634
メール：share-hokenyobo_01@city.machida.tokyo.jp