町田市保健所保健予防課保健栄養係　行

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　□（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　無　□ |
| 事前準備 | 有　□　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　無　□  　※「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　□　　　　無　□  →「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