〔様式第６号〕

 　　　　 　　年　　月　　日

　石川県知事　様

ふりがな

　 団体名

　　　　　　　　　　　　 　代表者氏名

（事務局の所在地又は代表者住所）

住　所

事務局TEL　　　　　　　　FAX

メールアドレス

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 担当者氏名

子ども食育応援団申請書

子ども食育応援団として、県の認定を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

　　１　協力する地域版食育推進計画名

２　協力する取組内容

３　取組期間 \*1　　　　　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日

４　団体構成人員　　　　　　　人

（注意点）

\*1 取組期間は、協力する地域版食育推進計画の取組期間に準じて下さい。