

豊田市食育人材バンク利用アンケート

平成 年 月 日

利用者

団体名			
担当者名		連絡先 TEL (自宅・携帯)	

開催日	平成 年 月 日 () : ~ :
活動行事名	
参加人数	大人 人、小人 人、計 人

下記のアンケートにお答えください。

1. 実施までの流れはいかがでしたか？

1. 大変良かった 2. 良かった 3. 普通 4. 悪かった 5. 大変悪かった

具体的にご記入ください。

[]

2. 食の技人の活動内容はいかがでしたか？

1. 大変良かった 2. 良かった 3. 普通 4. 悪かった 5. 大変悪かった

具体的にご記入ください。

[]

3. ご意見・ご感想など

[]

ご協力ありがとうございました。

豊田市健康増進課へ提出してください。(郵送・FAX・持参可)

送付先 〒471-8501 豊田市西町3-60

豊田市役所健康増進課 (東庁舎2階)

TEL 0565-34-6627

FAX 0565-31-6320