

大空町社会福祉協議会 《出前サロン》 申込書

平成 年 月 日

団体名 代表者氏名		
連絡先	担当者氏名	
	住 所 連絡先	(電話 —) (FAX —)

大空町社会福祉協議会

《出前サロン》を次のとおり申し込みます。

1	希 望 内 容							
1	希 望 日 時	第1希望	月	日 ()	時	分~	時	分
		第2希望	月	日 ()	時	分~	時	分
		第3希望	月	日 ()	時	分~	時	分
2	実施会場名	・会場名 (所在地) (電話 —)						
3	参加予定人数	・参加予定人数.....人						
4	備 考							

※内容については社協までお問い合わせ下さい。

◆申し込みはFAXでも受付けています。

FAX番号:(0152)75-6022

(社協使用欄)

会 長	局 長	所 長	主 幹	専門員	専門員	合 議