

フクシル 申込書

申し込み日時 月 日

申込団体等の名称			
住 所			
氏 名			
電 話			
F A X			
Eメール			
開催希望日時	第 1 希望	年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
	第 2 希望	年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
開催場所			
予定人数・対象者			
内 容 (テーマ)	<input type="checkbox"/> 知る ・ <input type="checkbox"/> 体験する ・ <input type="checkbox"/> 楽しむ ・ <input type="checkbox"/> 有料プログラム		
	プログラム番号： 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 プログラム名：		
特に話し合いたい 内容、要望等			

《申し込みは》

必要事項を記入後、鳥羽市社会福祉協議会へ持参、FAX、Eメールまたは以下のQRコードから
申し込んでください。



フクシル申込フォーム

申し込み ・ 問い合わせ先

〒517-0022 鳥羽市大明東町2-5
鳥羽市社会福祉協議会 福祉推進係

電 話 0599-25-1188

F A X 0599-25-1117

Eメール soumu@toba-shakyo.or.jp

担 当 北村 ・ 上野