

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) | プログラム番号 : | | |
| | 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または、FAX、Eメールから
申し込んでください。

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 岡野・上野