

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