

## 蟹江町社会福祉協議会 出前講座 実施申込書

年 月 日

団 体 名		
担 当 者 名		
住 所		
電 話 番 号	固定	携帯
メールアドレス		
実 施 希 望 日 ※1	第 1 希 望	第 2 希 望
	月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分	月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
	第 3 希 望	第 4 希 望
	月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分	月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
講 座 内 容 ※2		
参 加 者 数	参加予定人数	年 齡 構 成
	人	歳 ~ 歳
予 定 会 場		
会 場 住 所		
その他希望事項等		

※1 原則として、開催可能な時間は平日の9時から17時までになります。

※2 出前講座プログラム一覧以外の内容を希望される場合はご相談ください。

## ◆返送先

社会福祉法人 蟹江町社会福祉協議会（蟹江町大字西之森字海山326番地3）

FAX 0567-95-7986 TEL 0567-96-2940 E-mail:k\_syakyo@clovernet.ne.jp