

(様式第1号)

「高松市社会福祉協議会福祉出前講座」申込書

受付番号

*お申し込みは、原則1か月前までをお願いします。

| | | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|--|-----|----|-----|---|
| | | 申込日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 申込者 | 団体名 | | | | | |
| | グループ名 | | | | | |
| | 代表者氏名 | | | | | |
| 連絡先 | ふりがな | | | | | |
| | 担当者名 | | | | | |
| | 電話番号 | — — | | | | |
| 実施希望日 | 令和 年 月 日(曜日) 時 分 ~ 時 分 | | | | | |
| 実施場所 | 施設名 | | | | 駐車場 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 住所 | 高松市 | 町 | 番 | 号 | 番地 |
| 参加者 | どのような方の集まりですか | <input type="checkbox"/> 地区社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> 地区民生委員児童委員協議会 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 自治会 <input type="checkbox"/> 老人クラブ <input type="checkbox"/> サロン <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| | 人数 | 人程度 | 年齢層 | 歳代 | | |
| 希望講座メニュー *別紙：メニュー表を ご参照ください | メニューNo. () メニュー名 () | | | | | |
| 備考 | | | | | | |

〈申込先〉 〒760-0066

高松市福岡町二丁目24番10号

社会福祉法人 高松市社会福祉協議会 地域福祉課 地域共生社会推進室

電話：087-811-5888 FAX：087-811-5257