

(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