（様式第１号）

**出前福祉教室　申込書**

令和　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人

新見市社会福祉協議会長　様

申込者　団 体 名

住　　所

代表者名

電話番号

（担当者名　　　　　　　　　　　　　　）

出前講座を受講したいので、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望講座名 | 第１希望 |  |
| 第２希望 |  |
| 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 | ＊公共施設以外で開催する場合は、住所と連絡先もご記入ください | |
| 参加対象 | □小学生（　　　年）　　　□中学生（　　　年）  □高校生（　　　年）　　　□一般 | |
| 参加予定人数 | 人 | |
| 開催目的 |  | |
| 備考 | ＊特にご希望などありましたらご記入ください | |

＊実施希望日の1か月前までにお申し込みください。

＊講座の内容について、ご担当者と事前打ち合わせを行います。

【お申込先】社会福祉法人 新見市社会福祉協議会　新見市金谷６４０－１

　　　　　　TEL（０８６７）７２－７３０６　FAX（０８６７）７１－２０８８