**行政区ごとの地域福祉懇談会申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 行政区名 |  |
| 希望日時 | 第1希望　　令和　　年　　月　　日（　　）午前・午後第2希望　　令和　　年　　月　　日（　　）午前・午後 |
| 開催場所 | いずれかに○をつけてください。１　貴地区公会堂、集落センター、区民センター等　　　　会場名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２　パトリアおがわ３　その他　　　　会場名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 参加人数 | 　　　　　　　　　　名（予定） |
| 申込者 | 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先☎　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　※日程調整後、ご連絡させていただきます。

小川町社会福祉協議会

〒355-0327比企郡小川町腰越６１８

電話：74-3461　FAX：74-3462