

岩国市社協 FAX (0827) 22-2815
TEL (0827) 22-5877

地域福祉講座講師派遣申込書

平成 年 月 日

団体区分： 地区社協 ふれあいサロン 地域貢献団体

地区名： _____ 地区 団体名： _____

責任者名： _____ 連絡先： _____

開催日： 平成 年 月 日 () 曜日

参加者見込： _____ 人(内容⇒ 高齢者 人 障害者 人 子供 人)

開催場所： _____

依頼講座： 講座番号 _____ 講座名 _____

依頼時間： _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分 まで

連絡事項： _____

< 申請先 > 岩国市社会福祉協議会 TEL 22-5877 FAX 22-2815
〒740-0018 岩国市麻里布町七丁目1番2号 福社会館内

平成 年 月 日

地域福祉講座代表者 御中

上記のとおり、地域福祉活動への支援を依頼します。

団体区分

岩国市社会福祉協議会 担当

地域福祉活動支援報告書

平成 年 月 日

岩国市社会福祉協議会 御中

上記の依頼について次のとおり報告します。

活動結果： 上記のとおり活動 中止となった

活動者： _____ 講師番号 _____ 講師氏名 _____

_____ 講師番号 _____ 講師氏名 _____

_____ 講師番号 _____ 講師氏名 _____

_____ 講師番号 _____ 講師氏名 _____

その他： _____