あきた子ども応援ネットワーク 助言者派遣申込書

（申込先）

　あきた子ども応援ネットワーク事務局

　（秋田県社会福祉協議会）

申込日　令和　　　年　　　月　　　日

●　希望日時等

|  |  |
| --- | --- |
| 日　　　時 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　）午前 ・ 午後　　　時～ |
| 会場 |  |
| 派遣内容 | ※助言いただきたい内容を記入してください。 |
| 参加者数 | 約　　　　　　名 |

●　申込者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団体・グループ名 |  | | |
| 代表者氏名 |  | | |
| 住　　　所 | 〒　　　　－ | | |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| 申込者氏名 | □ 代表者と同じ | | |
| ＴＥＬ | □ 上記と同じ | ＦＡＸ | □ 上記と同じ |
| Ｅメール |  | | |

※申込者の情報について、団体と同じ場合は、□にチェックを入れてください。

※個人情報は、助言者派遣以外には使用しません。