

福祉教育プログラム 実施申込書 (fax 用)

貴 校 名	
ふ り が な ご 担 当 教 諭 名	
お 電 話 番 号	
F A X 番 号	
メ ー ル ア ド レ ス	
ご 希 望 内 容	ご希望プログラムNo. () ※プログラム一覧からお選びいただけます 【コメント】 基本プログラム一覧よりお選び 下さい。またご希望がございま したら、コメント欄にご記入下 さい。 基本プログラムに該当する内容 がない場合には、コメント欄に ご希望内容のご記入をお願いい たします。
ご 希 望 日	月 日 (時 限)
実 施 場 所	

お申し込み先

社会福祉法人 北区社会福祉協議会 福祉教育担当

TEL03-3906-2352 / fax03-3905-4653