

地域福祉講演会参加申込書 (FAX用)

下記の必要事項を記入して、FAXでお申し込みください。締め切り・2月15日(金) 必着

申し込み先 石岡市役所 保健福祉部社会福祉課 FAX **0299-27-5835**

申込日 年 月 日

フリガナ			
氏名			
住所	〒		
連絡先	TEL		FAX
託児希望の方はご記載 願います。	お子様のお名前		年齢
			性別

フリガナ			
氏名			
住所	〒		
連絡先	TEL		FAX
託児希望の方はご記載 願います。	お子様のお名前		年齢
			性別

フリガナ			
氏名			
住所	〒		
連絡先	TEL		FAX
託児希望の方はご記載 願います。	お子様のお名前		年齢
			性別