

受付番号

福祉保健活動拠点展示等使用申込書

申請年月日	平成 年 月 日 ()
団体名	
申込責任者 及び連絡先	氏名： 住所： 電話： FAX：
展示期間	平成 年 月 日 () ～平成 年 月 日 ()
展示内容	
備考	

区社協	受付者

	確認日	確認者
受付印確認	/	
撤去確認	/	

展示期間	日	日
	月	月
《受付印》		～団体名～
		受付番号