

----- 申 込 書 -----

福祉有償運送 説明会 申込書

団体名		希望日時	月	日	時間：	時から希望
団体名が 無い場合 参加代表者	〒 - 住所：					
	TEL：	-	-	FAX：	-	-

あてはまる相談内容の番号を○で囲んでください。

1. 地域団体(町内会など)の方：高齢者等の送迎活動を進めていきたいと考えている。
2. 介護事業の方：これから申請しようとする為に、内容を知りたいと考えている。
3. 非営利活動法人の介護事業の方：79条の申請に関して知りたいと考えている。
4. その他：送迎活動に関して知りたいと考えている。

		ふりがな	年齢	職種	その他
1	代表者	氏名			
		氏名			
2	参加者	氏名			
		氏名			
3	参加者	氏名			
		氏名			
4	参加者	氏名			
		氏名			

■お申し込み・お問い合わせ先
TEL 072-486-0855

NPO法人 フクシライフ (担当:藤原)
大阪府泉南市男里5-6-17