

岩国市社協 FAX (0827) 22-2815  
TEL (0827) 22-5877

### 地域福祉講座講師派遣申込書

平成 年 月 日

団体区分：  地区社協  ふれあいサロン  地域貢献団体

地区名： \_\_\_\_\_ 地区 団体名： \_\_\_\_\_

責任者名： \_\_\_\_\_ 連絡先： \_\_\_\_\_

開催日： 平成 年 月 日 ( ) 曜日

参加者見込： \_\_\_\_\_ 人(内容⇒ 高齢者 人 障害者 人 子供 人)

開催場所： \_\_\_\_\_

依頼講座： 講座番号 \_\_\_\_\_ 講座名 \_\_\_\_\_

依頼時間： \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 ~ \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 まで

連絡事項： \_\_\_\_\_

< 申請先 > 岩国市社会福祉協議会 TEL 22-5877 FAX 22-2815  
〒740-0018 岩国市麻里布町七丁目1番2号 福社会館内

平成 年 月 日

地域福祉講座代表者 御中

上記のとおり、地域福祉活動への支援を依頼します。

団体区分

岩国市社会福祉協議会 担当

### 地域福祉活動支援報告書

平成 年 月 日

岩国市社会福祉協議会 御中

上記の依頼について次のとおり報告します。

活動結果：  上記のとおり活動  中止となった

活動者： \_\_\_\_\_ 講師番号 \_\_\_\_\_ 講師氏名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 講師番号 \_\_\_\_\_ 講師氏名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 講師番号 \_\_\_\_\_ 講師氏名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 講師番号 \_\_\_\_\_ 講師氏名 \_\_\_\_\_

その他： \_\_\_\_\_