

第2回俱知安町社会福祉大会

参加申込書

【団体名】

| | 氏名 | 住所 | 電話番号 |
|----|----|----|------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |

※ 9月15日（金）迄に事務局へお申込下さい。（参加費は無料です）

【俱知安町社会福祉協議会 事務局】

住所：虻田郡俱知安町北3条東4丁目 俱知安町保健福祉会館内

電話番号：22-4150（FAX 23-2821）

E-mail：kutchan-syakyoffice.email.ne.jp