

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	令和 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	令和 年 月 日 () ～令和 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	月 日～	月 日迄
	《受付印》	
	～	～
	団体名	受付番号