年　　月　　日

古河市社会福祉協議会　あて

団体名

代表者　　〒

住　所

氏　名　　㊞

電話番号

ももちゃんが行きます！相談申込書

派遣希望日・時	年　月　日（　）午前・午後　：　から 年　月　日（　）午前・午後　：　まで
派遣場所	
ｲﾍﾞﾝﾄ参加人数	名
ｲﾍﾞﾝﾄ内容	
備考 （ももちゃんにやって欲しい事等）	

承認	会　長	事務局長	次　長	課　長	課長補佐	係　長	係	係