

平成 年 月 日

社会福祉法人  
古河市社会福祉協議会会長 様

ふれあいいいきサロン登録申込書

申 請 者	サロン名			
	所在地	〒		
		代 表 者	連 絡 者	
	氏 名	印		印
	職業・年齢	才	才	
	住 所	〒		〒
	T E L	( )	( )	
	F A X	( )	( )	
設 立	平成 年 月 日	グループ 員 数	名	
活 動 場 所				
主たる活動日				

上記内容について、知り得た個人情報厳守いたします。また、本事業に関する以外には一切使用しません。