**→ＦＡＸ　０５２－２１２－５５０３**

**愛知県社会福祉協議会　地域福祉部　行**

令和元年　　　月　　　日

**令和元年度子ども食堂実践者研修会・交流会**

**参加申込書**

**＜日時：令和元年１０月２１日（月）１３:３０～１６:３０＞ １０月４日（金）締切**

* 該当部分に☑を付してください

|  |  |
| --- | --- |
| 参加者種　別 | □子ども食堂を開設・運営されている方　　□子ども食堂に関心のある方□行政　□社会福祉協議会　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所属組織名 |  |
| 住所連絡先 | 〒TEL　　　　　　　　　　　　　　　FAX |
| ※参加優先順に記入してください | 参加者氏名 | 職名 |
| １ | （ふりがな） |  |
| ２ | （ふりがな） |  |
| ３ | （ふりがな） |  |
| 〇講師・活動報告者への質問や、日ごろ活動するうえでの課題等をご記入ください。 |
|  |

※お申し込みが定員を超えた場合、同組織から複数参加のときは、優先順位を考慮しますのでご了承ください。

参加希望者が定員を超え、参加をお断りする場合に限り、ご連絡します。

（社会福祉法人愛知県社会福祉協議会　地域福祉部　担当　谷端）

※この参加申込書に記載された個人情報は、本研修会にかかる事務の範囲でのみ利用します。