

(様式第2号)

揖斐川町社会福祉協議会あて

食糧提供協力者 登録申請書

記入日 令和 年 月 日

提供に応じられる食糧品にチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 米 <input type="checkbox"/> 長期保存できるもの 具体的にご記入ください ()
提供可能時期 (予定)	例えば 8月(新米の収穫前) <input type="checkbox"/> _____ 月 <input type="checkbox"/> 随 時
なお、登録期間は登録日より令和 年3月31日までです。	

私は揖斐川町社会福祉協議会の食糧提供協力者に登録します。

住 所 揖斐川町 _____

氏 名 _____ 年 齢 _____ 才

電話番号(日中連絡の取れる番号) _____

提出先

〒501-1314 揖斐川町谷汲名礼 265 番地 43 社会福祉法人 揖斐川町社会福祉協議会 TEL 56-3700 / FAX 56-0078
〒501-0603 揖斐川町上南方 193 番地 社会福祉法人 揖斐川町社会福祉協議会 揖斐川支所 TEL 23-0411 / FAX 23-1678