

(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<br><input type="checkbox"/> 長期保存できるもの<br>具体的にご記入ください<br>( ) |
| 提供可能時期<br>(予定)              | 例えば 8月(新米の収穫前)<br><input type="checkbox"/> _____ 月<br><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 〒 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 年 齡 \_\_\_\_\_ 才

電話番号(日中連絡の取れる番号) \_\_\_\_\_

提出先

|  |
|--|
| 〒501-1314<br>揖斐川町谷汲名礼 265 番地 4 3<br>社会福祉法人 揖斐川町社会福祉協議会<br>TEL 56-3700 / FAX 56-0078    |
| 〒501-0603<br>揖斐川町上南方 1 9 3 番地<br>社会福祉法人 揖斐川町社会福祉協議会 揖斐川支所<br>TEL 23-0411 / FAX 23-1678 |