

令和8年度 揖斐川町社会福祉協議会
福祉教育事業(共同募金配分金事業) 申請書

申請日 令和 年 月 日

住 所 学校名		電話番号	
		FAX番号	
校長名		ふりがな	
		担当教諭名	
希望日時	第1 令和 年 月 日()	午前・午後 時 ~ 時	
	第2 令和 年 月 日()	午前・午後 時 ~ 時	
	第3 令和 年 月 日()	午前・午後 時 ~ 時	
対象学年			
人 数			
希望内容	具体的に記入ください。 希望する講師があれば記入してください。		
(参考)	・認知症 ・防災、減災関係 ・障がい者福祉 ・生き方 ・人権 ・地域福祉 ・福祉体験 ・社会福祉協議会の活動		
その他			

問合せ

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
地域福祉係
電話:23-0411
FAX:23-1678

送信先 FAX 23-1678