

かがわ子ども・子育て支援センター 友愛館 施設利用申込書

申込日: 年 月 日

利用希望日・時間	年 月 日 () : ~ :
利用団体名	
団体責任者のお名前	
利用申込者	ふりがな
	お名前
	電話番号
	ご住所
利用の目的 (名称・内容等)	
利用予定人数	名
利用対象者	① 小学生未満 ② 小学生(低・中・高) ③ 中学生 ④ 高校生 ⑤ 大学生 ⑥ 大人

※ 利用に際しての諸注意等は、別紙にてご確認ください

【受付処理欄】※ 記入しないでください

受付日	
受付者	
費用	¥
領収確認	
備考	

かがわ子ども・子育て支援センター 友愛館

〒762-0056

香川県坂出市中央町8番58号 TEL&FAX 0877-85-5277

申込受付時間: 平日 9:00~17:00