

子ども食堂アドバイザー派遣申込書

(申込先) 鹿児島県保健福祉部子ども政策局子ども福祉課長

(申込日) 令和 年 月 日

● 申込者

| | | | |
|--------------------------|--|-------|--|
| 団体・グループ名 | | | |
| 団体・グループの種類 | <input type="checkbox"/> 子ども食堂の開設を予定しているグループ <input type="checkbox"/> 子ども食堂を学習したいグループ <input type="checkbox"/> 子ども食堂を支援したいグループ <input type="checkbox"/> 県登録子ども食堂 <input type="checkbox"/> 子ども食堂地域ネットワーク協議体 | | |
| 氏名 (代表者又は連絡が 取れる方) | | | |
| 住所 | 〒 | | |
| T E L | | F A X | |
| Eメール | | | |

● アドバイザーの派遣を希望する日時等

| | |
|---|------------------------|
| 日 時 | 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 |
| 会 場 | 住所： 会場名： |
| アドバイザーに 助言してほしい 内容 (具体的に記入 してください。) | |
| 参加者数 | 約 名 |

※個人情報、本事業以外には使用しません。

※その他、グループの目的、活動内容が分かる資料があれば参考として添付してください。