

## 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。