

東海村子ども会育成連合会

専 門 指 導 員 派 遣 依 頼 書

年 月 日			
東海村子ども会育成連合会長殿 （ふりがな） 申込み団体名： 責 任 者 名： 住 所： 電 話 番 号： 携 帯 電 話： 下記のとおり派遣を依頼したいので申込みいたします。 記			
行 事 名		場 所	
派遣依頼日	年 月 日 : ~		曜日 :
参加予定人数	〇 歳 ~ 人 小学生以上 人 太 人 人 合計 人		
打合せ希望日	第一希望日 年 月 日 曜日 : ~ : 第二希望日 年 月 日 曜日 : ~ :		
内容（プログラム）			
回 答 日	年 月 日 曜日までに 申込み責任者へ連絡してください。		



東海村子ども会育成連合会事務局
 （東海村教育委員会生涯学習課 歴史と未来の交流館内）
 T E L：287-0851 携帯電話：080-6722-1812
 アドレス：sonkorenpc1812@yahoo.co.jp
 アドレス：sonko-keitei-atg@ezweb.ne.jp