

FAX番号 **029-241-1434**
茨城県社会福祉施設経営者協議会事務局 行き
(社会福祉法人茨城県社会福祉協議会 福祉事業部内)

協力申込書

平成 年 月 日

茨城県社会福祉施設経営者協議会長 様

法人名 _____
代表者 _____
担当者 _____
TEL _____

茨城県社会福祉施設経営者協議会会員による社会貢献事業「いばらき生活支援事業」実施に賛同いたします。

記

1 協力金について

口数 _____ 口
金額 _____ 円
振込予定日 平成 年 月 日

2 受入登録事業所について

登録事業所 _____ 施設
受け入れ登録票 別紙のとおり

《送付先》

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会 福祉事業部
(茨城県社会福祉施設経営者協議会事務局)

〒310-8586 水戸市千波町1918 茨城県総合福祉会館2階

TEL 029-350-8585 FAX 029-241-1434