

様式第1号（第6条関係）

平成 年 月 日

社会福祉法人

稲城市社会福祉協議会

会長 石井 律夫 様

サロン活動助成金交付申請書

サロン名				
設置日	平成 年 月 日			
代表者	住所			
	フリガナ			
	氏名	印		
	電話		FAX	
	携帯		E-mail	
担当者	住所			
	フリガナ			
	氏名			
	電話		FAX	
	携帯		E-mail	
開催日時	毎月 第 1・2・3・4・5	曜日		
	毎週	曜日		
	時間	:	~	:

