

令和2年度 活動計画書

該当する方に☑を入れて
ください

- 地域型サロン
 いきいき百歳体操

ふれあいサロン名称		(行政区名)	
主な実施場所			
代表者	住 所	あさぎり町	
	氏 名		
	連絡先	自宅：	携帯：
対 象 者		おおよその参加者数 () 人	協力者 () 人
活動予定日時		月 () 回	第 () 曜日 / () 日 時 分 ~ 時 分
会 費			

実施計画（各団体作成のものがあればそれに代えることができます）

※一括前払希望のサロンにつきましては年6回以上の活動を予定ください

4月		10月	
5月		11月	
6月		12月	
7月		1月	
8月		2月	
9月		3月	

上記のとおり申請します。

年 月 日

社会福祉法人あさぎり町社会福祉協議会長 様

氏 名 _____