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 | □　子ども食堂の開設を予定しているグループ□　子ども食堂を学習したいグループ□　子ども食堂を支援したいグループ□　県登録子ども食堂□　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 | 〒 |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| 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 |

※個人情報は、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。