**Ｅメール**：k-shakyo-f@violin.ocn.ne.jp

**Ｆ Ａ Ｘ**：０２４－９３２－６７６８

郡山市社会福祉協議会　地域福祉課　あて

**「クリスマスプレゼント企画」にかかる申請書**

ケーキおよびお菓子セットは市内のヨークベニマル各店舗でお受け取りいただきます。

受け取りを希望される日時と店舗名を含め、下記の各項目をご記入ください。

**１．こども食堂名**　　　：

**２．受取希望日時** 　　：　　月　　日　　時　　分

**３．受取希望店舗**　　　：ヨークベニマル　　　　　　店

**４．こども食堂の会場** ：

　　　　　　　　　（※住所と建物の名称をご記入ください）

**５．担　 当　 者**　　　：**氏名**

**６．連　 絡　 先** 　　: TEL

**７．希 望 者 数 （ケーキだけ欲しい又はお菓子セットだけ欲しいも可能）**

・ケーキ：　　　　　　　　人

　・ヨークベニマル（特別協賛）提供お菓子セット：　　　　　　人

**８．当日の報道機関の取材について（該当する方に○を付けてください。）**

受け入れ可能　・　受け入れ不可

　　　　※可能な場合は、報道機関による取材等が行われる場合があります。

※注意事項

（１）本事業の実施にあたっては対象者の皆様に歳末たすけあい運動の配分事業であることをご周知願います。

（２）受取希望店舗にも、この情報を共有させていただきます。