**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**

現在､発注先の調整を行っております。

ケーキは指定された店舗へ団体様が直接来店して受け取りいただく予定です。

受け取り日時を第二希望まで記入してください。

**１．こども食堂名**　　　：

**２．受取希望日時** 　　：第一希望　　月　　日　　時　　分

：第二希望　　月　　日　　時　　分

**３．こども食堂の会場** ：

　　　　　　　　　（※住所と建物の名称をご記入ください）

**４．担　 当　 者**　　　：**氏名**

**５．連　 絡　 先** 　　: TEL

**６．希 望 者 数**：　　　　　　　　人

　（ケーキの個数）

**７．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。