

第2回えべつ花火大会 申込書(福祉団体施設)

送信先FAX:011-312-0590

申込日 平成 年 月 日

★太枠の中の記載をお願いいたします。

申込締切日は7月7日(土)までとさせていただきます。

フリガナ			
申込施設名			
住所(所在地)	〒		
担当者名			
電話番号		FAX	

参加希望時間	時 分頃～ 時 分頃まで参加			
	※天候不順の場合(<input type="checkbox"/> 参加する <input type="checkbox"/> 中止する) ☆花火は小雨なら行います。			
利用人数	利用者 人	車椅子利用 人	スタッフ 人	合計 人
交通手段	大型 台・マイクロ 台	普通車 台	その他()	合計 台

※一般の方は敷物を持参して花火を見ます。イスが必要でしたら**個数**をご記入ください。

施設で椅子希望	施設としてイスを 個(脚) を用意してほしい
---------	-------------------------------

※その他 施設としての要望がありましたらご記入してください。

施設の要望	
-------	--

申込が完了しましたら、「福祉施設団体通行許可証」を発行いたします。

何かわからないことがありましたら担当者までご連絡ください。

福祉担当 庄田(ショウダ)090-6269-5023