

## 第3回えべつ花火大会 申込書(福祉団体施設)

**※福祉団体招待 100名に達し次第申込終了**

**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8月10日(土)までとさせていただきます。※福祉団体招待100名に達し次第申込終了**

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 <b>個(脚)</b> 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。

福祉係 責任者 庄田(ショウダ)090-6269-5023

