

FAX番号 989-5515 (長泉町長寿介護課)

**第36回長泉町福祉健康まつり(展示事業所用) 参加申込書**

福祉健康まつり実行委員長 様

**8月8日締切厳守**

開催要項、注意事項に同意の上、下表のとおり申し込みます。

団体名			
代表者		担当者	
代表者住所		担当者住所	
代表者 電話/FAX		担当者 電話/FAX	
代表者 メールアドレス		担当者 メールアドレス	
内容			

館内展示 部門	備品名	数量	その他機材(品名・大きさ)	数量
	テーブル(W1800×D450)			
	パネル(W900×H2100mm)			
	イス			

※パネル:4枚まで無料(5枚目以降から2,000円/枚)

事務局受付印

--