

# FAX 送信票（入会申込書）

送信日【令和 年 月 日】

【送付先】FAX 番号：092-502-8855

福岡県子ども食堂ネットワーク事務局

（認定NPO法人チャイルドケアセンター） 担当：副島（そえじま）あて

【子ども食堂名】

TEL：

【担当者】

FAX：

下記内容にてファックスを送付します。

【発信枚数：本紙を含め1枚】

件名

福岡県子ども食堂ネットワークへの入会申込について

- 1 子ども食堂名 \_\_\_\_\_
- 2 代表者名 \_\_\_\_\_
- 3 開催場所の住所 \_\_\_\_\_
- 4 代表者の連絡先（携帯） \_\_\_\_\_
- 5 メールアドレス \_\_\_\_\_