

(別紙様式)

障がい福祉室生活基盤推進課整備グループ 山本・坂本 行

救急箱の寄贈申込様式

施設／サービス種別					
フリガナ					
法人名					
フリガナ					
施設／事業所名					
施設／事業所の定員					名
施設／事業所の現員					名
施設／事業所の所在地	〒				
担当者 職・氏名					
TEL					
FAX					
E-mail					
【同一法人において複数の 事業所で寄贈希望の場合】 寄贈の優先順位		位			
過去の寄贈実績 (○を記入下さい)	なし	あり	平成		年度

ありの場合は直近↑の受領年度 (元号はプルダウンで選択)