



特定非営利活動法人チャイルズ宛 (FAX 06-4977-5131)

### 親の会支援依頼書

団 体 名	
担 当 者 名	
連 絡 先	電話 FAX
	メールアドレス
日 程	年 月 日 ( )
時 間	: ~ :
場 所	・当法人事務所 (〒552-0003 大阪市港区磯路2丁目12-1号棟-118号室) ・希望所定会場 ( ) どちらかに○をつけてください。 希望指定会場の場合は下記に住所をご記入ください。
	住 所
駐車場の有無	有 ・ 無
会 場 設 備	マイク・ホワイトボード・プロジェクター・スクリーン その他 ( ) 用意できるものに○をつけてください。
対 象 者	
定 員	名
テーマ・内容	
備 考	

料 金	・当法人事務所来所の場合 1回(2時間程度)¥10,000 ・出向の場合 1回(2時間程度)¥10,000+交通費¥1,000 (ただし交通費はこれを超える場合、実費請求となります。)
-----	--

受付日	月 日	受付者		確認		代表	
-----	-----	-----	--	----	--	----	--