

事務局長	課長	係長

## 移動式ベンチ設置申請書

令和 年 月 日

- 1 団体名 \_\_\_\_\_
- 2 申請者名 \_\_\_\_\_
- 3 住 所 出水市 \_\_\_\_\_
- 4 電話・FAX番号  
電話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_
- 5 設置台数 \_\_\_\_\_ 台
- 6 設置理由 \_\_\_\_\_
- 7 設置場所（地図）

上記のとおりベンチ設置をお願いします。

### ※お願い

ベンチが破損などしているのに気がつきましたら、出水市社会福祉協議会（電話63-2140）までご連絡ください。

団体名 \_\_\_\_\_

申請者 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_