**第１９回福祉健康まつり　ステージショー出演計画書**

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 連絡先 |  |
| 出演内容 | **※具体的な内容をご記入ください。出演時間は20分以内でお願いいたします。** |
| 出演人数 | 人 |
| 必要物品等 |  |
| その他  （要望等） |  |

※お手数ですが、ご記入のうえ、７/１４（月）までにFAXかメールにて

送付をお願いします。

送付先：白山市社会福祉協議会　総務管理課　西田まで

FAX：076-276-4535

Mail：syakyo-info@hakusanshi-syakyo.jp