

## 音楽療法実施申込書

平成 年 月 日

府中市社会福祉協議会会長 様

団体名  
住 所  
代表者名  
電話番号 ( )

府中市社会福祉協議会の音楽療法の実施を希望するので、次のとおり申し込みます。

実施希望日時	第1希望	平成 年 月 日 ( )			
		時	分	～	時 分まで
	第2希望	平成 年 月 日 ( )			
		時	分	～	時 分まで
場 所					
参 加 人 数	人				
音楽療法実施の 名称及び目的	名 称				
	目 的				
希望する内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> </ul>				
備 考	0歳児	約	人	1歳児	約 人
	2歳児	約	人	3歳児	約 人
	4歳児	約	人	5歳児	約 人
※ 社協記入欄	実施決定通知 年 月 日 ( )				
	有 料		5,000円	担当者	
			10,000円	無 料	
			20,000円		

注) 府中市社会福祉協議会の業務の都合で希望される日時に実施できない場合もありますのであらかじめご了承ください。