2025 子育て応援セミナー　FAX申込用紙

氏　名（代表者）	
連　絡　先 （電話またはFAX番号）	
参　加　人　数	名
一　時　保　育	□必要　□不要

※　手話通訳が必要な場合は、☑をお願いします。　□　必要

（申込期限）8月14日（木）

【送信先】

大阪市旭区役所福祉課（地域福祉 ）

FAX　06－6954－9183

旭区地域自立支援協議会こども部会