

社会福祉施設関連商品申込書

社会福祉施設関連商品購入費補助事業として、希望商品を次のとおり申込みます。

申込日 令和 年 月 日

公益財団法人 山口県健康福祉財団 御中

施設番号		担当者名	
施設名	TEL :		

No	職員番号	氏 名	商品番号	商 品 名	数量
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

※ 送信先 FAX : 083-925-2381 E-mail : info1@hwy.or.jp