**交通安全教室開催申込書**

　　年　　月　　日

加古川市 生活安全課長　様

【提出先】

加古川市シルバー人材センター

FAX：079-421-4141

依頼者

　団 体 名

　代表者名

　担当者名

Ｔ Ｅ Ｌ

　みだしのことについて、交通安全教室を実施したいので、下記のとおり申し込み

ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 開催日時 | 【第１希望】　　年　　月　　日（　　曜日）午前・午後　　時　　分から午前・午後　　時　　分まで【第２希望】　　年　　月　　日（　　曜日）午前・午後　　時　　分から午前・午後　　時　　分まで【第３希望】　　年　　月　　日（　　曜日）午前・午後　　時　　分から午前・午後　　時　　分まで |
| 開催場所 |  |
| 希望内容 |  |
| 参加対象者（年齢） |  | 人数 |  |