

夏休み 子どもの食と体験応援プロジェクト

令和8年7月9日（木） 締め切り（必着）

申込書									
申し込み人数	18歳以下のお子様 人								
氏名									
住所	〒								
電話番号									
Mail	*受取日などの調整についてメールでお問い合わせする場合があります								
【受け取り方法】	（ ）自宅への配送希望								
	配送希望日時 (○をつけてください)	配送日	7/27 (月)	7/28 (火)	7/29 (水)	7/30 (木)	7/31 (金)	8/1 (土)	8/2 (日)
		配送時間帯 指定	8時～ 12時	14時～ 16時	16時～ 18時	18時～ 20時	19時～ 21時		
	（ ）当会での受け取り希望 *当会での受け取り希望の方には後日改めて、受け取り日時などにつきましてメールにてご連絡させていただきます。								
申し込み方法	郵送 ・ Fax ・ 申し込みフォーム のいずれか								

お問い合わせ先

(公財) 石川県母子寡婦福祉連合会

〒920-0861 金沢市三社町1番44号

TEL 076-264-0503 Fax 076-231-5494



申し込みフォーム