徳島県精神保健福祉協会行

FAX：088-621-2841

E-mail：awa-kokoro@cosmos.ocn.ne.jp

お手伝いスタッフ参加者名簿

**施設名：**

|  |  |
| --- | --- |
| **11月18日** | **11月19日** |
| No. | 氏名 | No. | 氏名 |
| 1 |  | 1 |  |
| 2 |  | 2 |  |
| 3 |  | 3 |  |
| 4 |  | 4 |  |
| 5 |  | 5 |  |
| 6 |  | 6 |  |
| 7 |  | 7 |  |
| 8 |  | 8 |  |
| ※当日の責任者の氏名と連絡先をご記入下さい。（必須） |
| 氏名 |  | 氏名 |  |
| 連絡先 |  | 連絡先 |  |

※人数のみ、お知らせいただいても構いません。

**a.　11月26日　9：30～15：00**

**b.　11月26日15：00～20：00**

**c.　11月27日　9：30～15：00**

**11月28日（火）**　　　　　　　　　 　　　**11月29日（水）**

**a　　　　　　　　　　　　　人　　　　c　　　　　　　　　　　　　人**

**b　　　　　　　　　　　　　人**

**車の台数：　　　台　　　　　　　　　　車の台数：　　　台**

**※人数等が変更になる場合は、事務局までご連絡ください。**