

<様式 5 >

フードバンク協力会（フードバンクサポーター）申込書

平成 年 月 日

社会福祉法人
大分県社会福祉協議会 会長 様

名称及び
代表者職氏名

印

住所 〒 —

(電話 — —) (FAX — —)

(団体の業種又は職種) (担当者名)

具体的に協力内容があれば記入してください。

ホームページをお持ちの方で、本会ホームページ
のリンクに掲載を希望する場合にご記入ください。

(U R L)