

## フードファミリー登録

種 別	個人会員	法人会員		
事業者名（法人会員のみ）				
氏名又は代表者名				
住 所				
電話番号1（固定電話）				
電話番号2（携帯電話）				
F A X				
メールアドレス				
希望の連絡方法	固定電話	・ 携帯電話	・ F A X	・ メール

※種別及び希望の連絡方法については○をつけてください。

社会福祉法人 福智町社会福祉協議会会長 様

上記の通り、フードファミリーの趣旨に賛同し登録いたします。

令和 年 月 日

氏名又は代表者名

印