

瀬戸内市保健福祉センターゆめトピア長船利用団体等概要調書

団体等の名称		
代表者名		
代表者連絡先	住 所	〒
	T E L	
	F A X	
会員数・構成		
活動の目的 (具体的に記載してください。)		
活動の内容 (具体的に記載してください。)		
過去の活動実績		
その他		

※団体等の資料があれば添付してください。