

鶴見区福祉保健活動拠点 登録申請書

年 月 日

社会福祉法人 横浜市鶴見区社会福祉協議会会長 様

フリガナ

団体名 _____

住 所 〒 _____

フリガナ

代表者名 _____

T E L _____ F A X _____

鶴見区福祉保健活動拠点を使用したいので、登録します。

なお、使用に際しては「横浜市福祉保健活動拠点条例・規則・管理要綱」を遵守します。

ロッカー	<input type="checkbox"/> 使用しない <input type="checkbox"/> 使用する →主な収納品：	NO
メールボックス	<input type="checkbox"/> 使用しない <input type="checkbox"/> 使用する	NO

- 【添付書類】
- | | |
|--------------------|--------------------|
| (1) 会則（定款・規約等） | ※ある場合 |
| (2) 会員名簿（会員名、住所等） | ※住所は地番を除いたもので構いません |
| (3) 活動目的・内容等 | ※指定書式 |
| (4) 使用責任者名簿（緊急連絡先） | ※指定書式 |

登録した団体については情報公開の対象になりますので、ご了承ください。(個人情報を除く)
頂いた個人情報は本事業でのみ使用します。

事務局記入欄

事務局長	事務局次長	職 員

登録団体種別： ボランティア 当事者・障害者 その他 / 社協：非会員 会 員
 受 理 日： 年 月 日 (第 種会員)
 承認発行： 年 月 日
 名簿入力： 年 月 日

鶴見区福祉保健活動拠点使用団体 活動目的・内容等一覧

年 月 日現在

団 体 名			
活動開始年月日 (設立年月日)			
活 動 目 的			
活 動 内 容	活 動 回 数	回／月	
	主な活動地域	地区	
	構 成 員	人	
	他の活動拠点	名称	
		住所	
	内 容	(例) 送迎サービス	
鶴見区福祉保健活動拠点で予定している主な活動内容			

* 活動内容紹介のチラシやパンフレット等があれば添付してください。

使用責任者名簿（緊急連絡先）

拠点の使用に当たり、鶴見区社会福祉協議会から事務連絡を行う場合がありますので、ご協力をお願いします。

団体名 _____

氏 名	住 所	電 話	ファックス
		—	—
(役職名)			
		—	—
(役職名)			
		—	—
(役職名)			
		—	—
(役職名)			

※電話は日中連絡が取れる番号をご記入ください。（携帯可）