

## 横浜市金沢区福祉保健活動拠点 利用登録申請書

※区社協記入欄

登録番号:	_____号
分類:	ボラ・当・その他
泥亀CP:	有 No _____・無

平成 年 月 日

社会福祉法人 横浜市金沢区社会福祉協議会 会長

金沢区福祉保健活動拠点を利用したいので、登録申請します。

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

1 団体名

1 団体名	
-------	--

2 代表者連絡先 緊急連絡先

	お名前	ご住所 (区からで結構です)	電話番号等	
			電話	FAX
代表者 連絡先			電話	FAX
			携帯	
代表者以外 の連絡先①			電話	FAX
			携帯	
代表者以外 の連絡先②			電話	FAX
			携帯	

※上記の個人情報は、福祉保健活動拠点の使用に際し業務連絡等に使用するもので、ご本人の承諾がない限り、利用目的以外に、個人情報を使用したり、第三者に提供することはありません。

※登録され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。(除く、個人情報)

※代表者以外のところへ連絡を希望する場合はこちらにもご記入ください。

	お名前	ご住所 (区からで結構です)	電話番号等	
			電話	FAX
連絡 担当者			電話	FAX
			携帯	

3 ロッカー等の利用 ロッカー : No. \_\_\_\_\_ メールボックス : No. \_\_\_\_\_

4 添付書類

(1) 会則(定款・規約等) ※ある場合

(2) 会員名簿(区・町名まで記入。電話番号は不要。様式はご自由ですが、A4版でお願いします。)

(3) 活動目的・内容等(指定の用紙【様式2】をご使用ください。)

※区社協記入欄

事務局長	事務局次長	職員	受付者

受領日:平成 年 月 日

発行日:平成 年 月 日

## 横浜市金沢区福祉保健活動拠点利用団体 活動目的・内容等一覧

平成 年 月 日現在

団 体 名			
活動開始年月日	昭和・平成 年 月 日（明確でない場合は、年月程度で結構です。）		
活 動 目 的			
活 動 内 容	活 動 回 数	回／月、 曜日（おおよそで結構です。）	
	主な活動地域	地区（例：金沢区全域、〇〇地区等）	
	構 成 員 数	人	
	いきいきセンター以外の活動場所 （他の場所がある場合）	名 称：	
		所 在 地：	（丁目、番地は省略されて結構です。）
内 容	（具体的な活動内容をご記入ください。例：配食サービス）		
金沢区福祉 保健活動拠点 での主な活動 内容			

\* 貴団体や団体の活動内容を紹介するチラシや、たより、リーフレット等があれば添付をお願いします。