**【様式１】**

**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

|  |  |
| --- | --- |
| 区社協登録 | Ｎｏ．　 　　号 |
| 分類 | □ボラ　□当事者　□その他 |
| 泥亀CP登録 | Ｎ０．　　　　号 |

　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人　横浜市金沢区社会福祉協議会 会長

横浜市金沢区福祉保健活動拠点を利用したいので、登録を申請します。

なお、利用に際しては、「横浜市福祉保健活動拠点条例」、「横浜市福祉保健活動拠点施行規則」、及び「横浜市金沢区福祉保健活動拠点管理要綱」、「利用のてびき」等を遵守します。

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 代表者氏名 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名(ふりがな) | ご住所(区からで結構です) | 電話番号等 | |
| 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 | |

※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、第三者に提供したりすることはございません。

※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(ただし、個人情報を除きます。)

※代表者以外のところへ連絡を希望する場合(送付物や電話等を代表者以外の者にする場合等)はこちらに、連絡担当者としてご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名(ふりがな) | ご住所(区からで結構です) | 電話番号等 | |
| 連 絡  担当者 |  |  | 電話 | FAX |
| 携帯 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ロッカー利用 | □あり　□なし | Ｎｏ． |
| メールボックス利用 | □あり　□なし | Ｎｏ． |

※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。様式は自由ですが、Ａ４版でお願いします。）

　 (3)活動目的・内容等（裏面へご記入ください。）

※区社協記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局長 | 事務局次長 | 職　　員 | 受付者 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 受付日 | 月　　　日 |
|  | 承認日 | 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**

　　　年　　　月　　　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団　　体　　名 |  | |
| 活動開始年月日 | 昭和　・　平成　・　令和　　　　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 | 一ヶ月　　　　　　回　　　 　　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、○○地区等） |
| 構 成 員 数 | 人　（※５人以上であること。） |
| 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。