

## 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	<input type="checkbox"/> ボラ	<input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> その他
泥亀CP登録	No.	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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	No.
メールボックス利用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 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、〇〇地区等)	
	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。