

西区福祉保健活動拠点使用団体登録申請書

登録No.

平成 年 月 日

社会福祉法人 横浜市西区社会福祉協議会会長

西区福祉保健活動拠点を使用したいので、登録を申請します。

なお、使用に際しては「横浜市西区福祉保健活動拠点管理要綱」を遵守します。

団体名			
代表者氏名			
記入者職・氏名		電話番号	

1 代表者、連絡先

※1 拠点の利用にあたり、西区社会福祉協議会から事務連絡等を行なう場合がありますので、ご記入をお願いします。

※1	氏名	住所	上段：電話番号 下段：FAX番号	上段：携帯番号 下段：E-mail
代表者		〒		
代表者以外 の連絡先		〒		

※2 拠点からの案内などの送付希望先（代表者以外のところへ連絡を希望する場合のみ記入）

※2	氏名	住所	上段：電話番号 下段：FAX番号	上段：携帯番号 下段：E-mail
拠点案内 送付先		〒		

3 ロッカー、メールボックスの使用

ロッカー	<input type="checkbox"/> 使用を希望する	<input type="checkbox"/> 使用を希望しない
主な収納予定品		
メールボックス	<input type="checkbox"/> 使用を希望する	<input type="checkbox"/> 使用を希望しない

添付書類（1）会則（使用する団体で定めている規約、ルール等）

（2）会員名簿（市・区・町名まで記入、電話番号は不要）

※区社協記入欄

事務局長	事務局次長	職員	受付職員

受領日 平成 年 月 日

決裁日 平成 年 月 日

西区福祉保健活動拠点使用団体 活動目的・内容等一覧

平成 年 月 日現在

団 体 名			
団 体 種 別 <small>※○をつけてください</small>	1. ボランティア団体 2. 障がい児・者関係団体 3. 子育て関係団体 4. 社会福祉施設 5. NPO法人 6. その他福祉保健活動団体		
活動開始年月日 <small>※活動年月日をはっきりしない場合は、年月程度で可</small>			
活 動 目 的			
活 動 内 容	活 動 回 数 <small>※おおよその回数で可</small>	回／月	
	主な活動地域 <small>※例：西区全域、〇〇地区等</small>	地区	
	主な活動日 <small>※例：毎週金曜日午前中、毎月15日等</small>		
	会員数	人	
	西区福祉保健活動拠点 以外の活動場所	名称 住所	
	内 容 <small>※活動目的とは別に、実際にどのような活動をしているのかを具体的に記入してください。</small>		
	西区福祉保健活動拠点での 主な活動内容		

*チラシやパンフレット等があれば添付してください。