

## 西区福祉保健活動拠点 利用団体等登録申請書 （ 新規 ・ 更新 ・ 変更 ・ 削除 ）

※新規申請時は区社協で記入

区社協登録No.	
分類	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> その他

社会福祉法人 横浜市西区社会福祉協議会 会長

横浜市西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「横浜市西区福祉保健活動拠点管理要綱」「利用の手引き」等を遵守します。

※ 変更の届出は、変更になった項目のみ赤字で記入してください。

団体名	
代表者氏名	

	氏名	住所	電話番号等	
			電話	FAX
代表者 連絡先		〒	電話	FAX
			携帯	
他1名 の連絡先		〒	電話	FAX
			携帯	

※ 拠点からの案内の送付や連絡等で、代表者以外の担当者へ連絡を希望する場合のみ記入してください。

	氏名	住所	電話番号等	
			電話	FAX
連 絡 担当者		〒	電話	FAX
			携帯	

◆個人情報取扱いに関する事項◆

申請書記載の個人情報は、施設の利用予約等に関し、連絡の必要が生じた場合にのみ利用します。

◆チェック欄（情報利用に関する事項）◆

福祉活動、保健活動等の振興を図るために、次のことに同意します。

- 福祉保健活動拠点の事業のために、申請書の表面に記載のある住所、電話番号に連絡をすること
- 福祉保健活動拠点の他の利用者に、申請書の裏面の「団体等・活動に関すること」を、必要な範囲で紹介すること

※ 添付書類 (1)会則（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）

(3)団体の活動内容を紹介するチラシやリーフレット等があれば添付してください。

※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
決裁日	月	日

# 横浜市西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		
団 体 種 別 ※○をつけてください	1. 福祉活動、保健活動等を行うボランティア団体 2. 障害等の当事者団体 3. その他福祉活動、保健活動等を推進する団体	
活動開始年月日	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 ※おおよその回数で可	ヶ月 回
	主な活動地域 ※例：西区全域、○○地区等	地区
	主な活動日 ※例：毎週○曜日、毎月○日等	
	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 ※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。	
西区福祉保健活動 拠点での 主な活動内容		