

登録番号	号
------	---

鶴見区福祉保健活動拠点 登録申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人 横浜市鶴見区社会福祉協議会会長 様

ふりがな
 団体名 _____

住 所 〒 _____

代表者名 _____

T E L _____ F A X _____

鶴見区福祉保健活動拠点を使用したいので、登録します。
 なお、使用に際しては「横浜市福祉保健活動拠点条例・規則・管理要綱」を遵守します。

ロッカー	使用しない 使用する 主な収納品：	: NO
メールボックス	使用しない 使用する	: NO
印刷機カード	使用しない 使用する	: NO

- 【添付書類】(1) 会則 (定款・規約等) ある場合
 (2) 会員名簿
 (3) 活動目的・内容等 指定書式
 (4) 使用責任者名簿 (緊急連絡先) 指定書式

登録し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。(個人情報を除く)

事務局記入欄	事務局長	事務局次長	職 員

登録団体種別： ボランティア 当事者・障害者 その他 / 社協： 非会員 会 員
 受 理 日： 年 月 日 (第 種会員)
 承認発行： 年 月 日
 名簿入力： 年 月 日

鶴見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			
活動開始年月日			
活 動 目 的			
活 動 内 容	活 動 回 数	回 / 月	
	主な活動地域	地区	
	構 成 員	人	
	他の活動拠点	名称	
		住所	
	内 容	(例) 送迎サービス ----- ----- -----	
鶴見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。

使用責任者名簿（緊急連絡先）

拠点の使用に当たり、鶴見区社会福祉協議会から事務連絡を行う場合がありますので、ご協力をお願いします。

団体名 _____

氏名	住所	電話	ファックス
		-	-
(役職名)			
		-	-
(役職名)			
		-	-
(役職名)			
		-	-
(役職名)			

電話は日中連絡が取れる番号をご記入ください。（携帯可）