

横浜市都筑区福祉保健活動拠点
かけはし都筑 使用団体

活動目的・内容等一覧 ①

年 月 日 現在

団体名 ★				
団体種別 ★	※ 番号に○をつけてください。 A：福祉保健ボランティア団体 Bーあ：障がい児・者関係団体家族会等 Bーい：子育てサークル C：福祉保健活動団体・施設 D：その他の市民活動団体			
活動目的	----- -----			
活動開始年月日 ※ 開始年月日があきらかにない場合は、年月程度で可	年 月 日			
活動内容	構成員	人		
	活動回数 ※おおよその回数で可	回/月		
	主な活動日 ※毎週金曜日午前中、 毎月15日等			
	会費 ※会員の年会費	有 無	円/年	
	利用料/参加費 ※1回あたりの費用	有 無	円/1回	
	主な活動地域 ※例：都筑区全域、 ○○地区等			
	かけはし都筑以外の活動拠点 ※参考までに、他の場所 で活動されている場合に 記入してください。	名称		
		住所 ※丁・番地は 省略可		
内容 ※活動目的とは別に、実 際どのような活動をされて いるのかを記入してくださ い。	----- -----			

→ 裏面もご記入ください。

活動目的・内容等一覧 ②

<p>かけはし都筑 の 使用目的</p> <p>※かけはし都筑でどのような活動をされるのかを記入してください。</p>	
<p>かけはし都筑の 使用頻度</p>	回/月
<p>活動PR★</p> <p>※特に力を入れて取り組んでいる活動や、広く周知したいこと等を記入してください。</p>	<p>◆団体のホームページがありましたらURLをご記入ください。 http://</p>
<p>その他</p> <p>※何か補足することがあれば、記入してください。</p>	

団体名・団体種別・活動PRは、「かけはし都筑使用登録団体 一覧」に掲載します。

◇かけはし都筑インフォメーション送付先◇ ※ご希望の受取方法の口にし点を入れてください。

<p><input type="checkbox"/> 郵送</p>	◆ 送付先が団体代表者と異なる場合のみ下記にご記入ください。	
	受取者氏名	
	受取者住所	
受取者電話番号		
<p><input type="checkbox"/> FAX</p>	◆ 送付先が団体代表者と異なる場合のみ下記にご記入ください。	
	受取者氏名	
	受取者FAX番号	
<p><input type="checkbox"/> E-mail</p>	◆ 送信先が団体代表者と異なる場合のみ下記にご記入ください。	
	受取者氏名	
	受取者E-mailアドレス	
<p><input type="checkbox"/> ロッカー</p>	ロッカー番号	L —
<p><input type="checkbox"/> メールボックス</p>	メールボックス番号	M —

※ 上記の個人情報は、かけはし都筑の使用に際して連絡等に使用するものであり、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、第三者に提供することはありません。