

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 ★	※ ○をつけてください。 A：福祉保健ボランティア団体 B：当事者団体 C①：地区社協、民児協、社会福祉関係施設・団体、区社協等 C②：その他定期的に福祉保健ボランティア活動を行っている団体		
活 動 目 的			
活動開始年月日 ※ 開始年月日がはっきりしない場合は、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	
	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。		

→ ②（裏面）もご記入ください。

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 ②

かけはし都筑 の 使用目的 ※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。	
かけはし都筑の 使用頻度	回／月
活動PR★ ※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。	◆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://
その他 ※何か補足することがあれば、記入してください。	

◇かけはし都筑インフォメーション送付先◇

☐ 郵送	◆ 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	
☐ メールボックス	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。

社協記入欄 使用登録番号_____号