泉佐野市社会福祉協議会　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　NO．

　保険登録　届出用紙

記入日：平成　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 代表者名 |  |
| 代表者の住所・連絡先 | 〒    　　　　　　　　　　　　　　TEL（　　　）　　－ |
| 担当者名・連絡先 | TEL（　　　）　　－ |
| 区分 | 高齢者・障害者・児童・その他（　　　　　　　　　　　） |
| 活動内容  ・地域福祉の推進に関わる活動 | 注：会員は公募が条件（行事保険） |
| 活動場所 |  |
| 活動頻度 |  |
| 活動（登録）人数 |  |
|  | 有償　　・　　無償（実費有：　　　　　　　　　　　　） |
| 加入種類 | ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ　・　有償　・　行事　・　移送 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 局長 | 係長 | 担当者 | 受付者 |
|  |  |  |  |

※団体の会則や活動目的・内容の分かるパンフレ

ット等ありましたら、一緒に添付してください。