

年 月 日

社会福祉法人 泉大津市社会福祉協議会会長 様

申請者 所在地
 施設名
 代表者名
 電話番号

介護予防ボランティア受入施設登録申請書

泉大津市介護予防いきいきポイント事業における受入施設として登録をしたいので、泉大津市介護予防いきいきポイント事業実施要綱第7条第1項の規定に基づき下記のとおり申請します。

記

フリガナ	
施設の名称	
フリガナ	
代表者氏名	
施設の所在地	〒
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	
施設の事業内容 ・活動内容	※当てはまるものに○をつけてください。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 福祉サービス・介護サービスを実施している法人 <input type="checkbox"/> その他市長が適当と認める者
ボランティアの 主な活動内容	
受入開始希望日	年 月 日