



大横保健福祉センター施設利用登録申請書

※ 太線の中を記入してください。

申請日	年 月 日		
申請事由	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 再発行	<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 解散
登録区分	<input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> 障害者	<input type="checkbox"/> ボランティア
ふりがな			
団体名			
ふりがな	利用証番号		
代表者	生年月日	年 月 日	
郵便番号			
住所			
電話番号	0 4 2		
FAX番号	0 4 2		
携帯電話	0 0		
構成人員	男 : 人	女 : 人	計 : 人
利用目的			
パスワード	掲示板での紹介	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
	代表者名および連絡先の公開	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 大横保健福祉センター施設使用基準を遵守します。			

※ ボランティア団体は、当該団体の事務所が市内にあり、その活動目的が八王子市社会福祉協議会から認定されている団体のみ登録が可能です。

※ 保健福祉センター記入欄

登録番号			
代表者 確認書類	<input type="checkbox"/> 免許証	<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 住民票または住基カード
	<input type="checkbox"/> 利用証	<input type="checkbox"/> その他 ()	

別紙のとおり登録してよろしいか。

館長	主査	主任	主事

受付印

承認書 受取サイン

処理欄	入力	確認	交付