**令和　6　年度　社協のサロン事業**

申 込 用 紙 （登録サロン）

（様式　１－②）

登録サロン事業（あてはまるものに○）

高齢者 　・ 　障がい者 　・ 　子育て

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | （正式名称でご記入下さい） | | | | |
| **実　施　会　場** | （実施する可能性があるすべての会場をご記入ください）　※保険適用に関わります | | | | |
| **実　施　内　容** | 回　数 | 毎月　　　　回 | | （A）  年間　　　　　回 | |
| **活動日** | 第　　　　　曜日　　　又は　　　　日 | | **参加者**  **人　数** | ※（B）  　　　　　名 |
| **活動時間** | ：　　　　　　～　　　　　： | | **自己**  **負担** | 年　・　月　　　　　円 |
| **ふ　り　が　な** |  | | **電話** |  | |
| **代　表　者　名** |  | |
| **携帯** |  | |
| **代表者　住所** | （〒　　　　－　　　　　） | | | | |
| ※本申込書に記載された個人情報は、運営管理の目的のみに利用させていただきます。 | | | | | |
| 事務連絡者（代表者と同じ場合は記入不要） | | | 電話 |  | |
| 事務連絡者名 |  | |
| 携帯 |  | |
| 事務連絡者住所 | （〒　　　　－　　　　　） | | | | |

「登録サロン」とは「ふれあいいきいきサロン事業」に準じた活動をしている団体です。

**「ふれあいサロン・社協行事傷害補償」に加入**及び**講師派遣依頼（３回）**をすることができます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **社協**  **記入欄** | A×B | 保険料 | 円 |

**《申込先》　恵那市社会福祉協議会各支部**

|  |  |
| --- | --- |
| 問い合わせ先 | 恵那市社会福祉協議会 地域福祉課　恵那市大井町727-11　☎２６－５２２0（代） |