**令和　８　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 | 年間　　　　　　　　　回 | | | | |
| **活動日** | 第　　　　　曜日　　　又は　　　　日 | | **参加者**  **人　数** | 名 | |
| **活動時間** | ：　　　　　　～　　　　　： | | **自己**  **負担** | 月　　　　　　　　　　円 | |
| **ふ　り　が　な** |  | | **電話** |  | | |
| **代　表　者　名** |  | |
| **携帯** |  | | |
| **代表者　住所** | （〒　　　　－　　　　　） | | | | | |
| **サロンに参加したい等の相談があった際に連絡してよろしいですか？**  **※社協より連絡させていただきます。** | | | | | | * はい |
| □いいえ |
| 事務連絡者（代表者と同じ場合は記入不要） | | | | | | |
| ふ　り　が　な |  | | 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。

**《申込先》　恵那市社会福祉協議会各支部まで**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |