（様式第１号）

　　年　　月　　日

（あて先）

　福　岡　市　長

申請者　所在地

名　称

代表者の職・氏名　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　所　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

高齢者生き活きパートナー　登録申請書

高齢者生き活きパートナー事業の趣旨に賛同し，次のとおり登録を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＊ | ①名　称 |  |
| ＊ | ②代表者（役職・氏名） | （役職）　　　　　　　　　（氏名） |
|  | ③郵便番号，所在地 | 〒　　　－　　　　 |
|  | ④電　話 |  |
|  | ⑤ＦＡＸ |  |
|  | ⑥メールアドレス |  |
| ＊ | ⑦法人等紹介（事業概要，社会貢献活動など） |  |
| ＊ | ⑧高齢者生き活きパートナーとしての活動内容（場の提供の詳細について） | 場所の詳細 | 所在地 |  |
| 広さ |  |
| 使用料 |  |
| 使用条件 |  |
| ＊ | ⑨場の提供についての問い合わせ先 | 電話（　　　－　　　　　）　ＦＡＸ（　　　－　　　　　） |
| 担当者名（　　　　　　　　　　　　　） |

　※表の＊項目については，市において内容確認の上ホームページに掲載します。