|  |
| --- |
| **種別 ‐ 登録番号 号** |
| **ロッカー番号 号** |

様式３

**横浜市神奈川区福祉保健活動拠点 利用登録更新・変更・抹消届**

**提出日 ：　　 年 月 日**

|  |
| --- |
| **団体名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名：** |

|  |  |
| --- | --- |
| **拠点登録について** | **□ 登録を継続(更新)**  **□ 登録内容の変更なし**  **□ 登録内容の変更あり**→下記の太線内に記入して下さい |
| **□ 登録を削除**  **理由 ： □ 解散**  **□ 拠点利用の必要がなくなった**  **□ その他 （ ）** |
| **ロッカーについて** | **□　使用登録削除　　○収納品撤去確認　　　確認職員名**  **□　使用登録希望**※希望多数の場合、抽選になる場合があります |
| **メールボックスに**  **ついて** | **□　使用登録削除　　○収納品撤去確認　　　確認職員名**  **□　使用登録希望**※希望多数の場合、抽選になる場合があります |

**変更のある項目に○印し、記入をお願いします。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |
|  | **代表者の連絡先** | **氏名** |  |
|  | **ご住所** | **〒** |
|  | **電話番号等** | **電話 ( 自宅 ・ 事務所 )**  **FAX 　 携帯** |
|  | **代表者以外の連絡先** | **氏名** |  |
|  | **ご住所** | **〒** |
|  | **電話番号等** | **電話 ( 自宅 ・ 事務所 )**  **FAX 　 携帯** |

|  |
| --- |
| **通信欄** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **事務局長** | **事務局次長** | **係員** | **担当** | **受理： 月 日** |
|  |  | **会員登録　　助成金** |  | **発行： 月 日** |
| **入力： 月 日** |

* **変更事項があったら、速やかに指定管理者（神奈川区社会福祉協議会）へ提出してください。**