

種別 - 登録番号	号
ロッカー番号	号

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	<input type="checkbox"/> 登録を継続(更新) <input type="checkbox"/> 登録内容の変更なし <input type="checkbox"/> 登録内容の変更あり→下記の太線内に記入して下さい
	<input type="checkbox"/> 登録を削除 理由： <input type="checkbox"/> 解散 <input type="checkbox"/> 拠点利用の必要がなくなった <input type="checkbox"/> その他（ ）
ロッカーについて	<input type="checkbox"/> 使用登録削除 ○収納品撤去確認 確認職員名 _____ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 使用登録削除 ○収納品撤去確認 確認職員名 _____ <input type="checkbox"/> 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。

	ふりがな 団体名		
	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。