

協 力 会 員 登 録 申 請 書

令和 年 月 日

三春町社会福祉協議会長 様

申請者 氏 名 ㊞

生活支援サービス事業「おたがいさま」の協力会員として、下記のとおり登録を申請します。
記

氏 名	(生年月日)大・昭 年 月 日(歳)					
住 所	三春町					
	連絡先電話 — —					
対応できる 支援内容						
対応できる 曜日						
対応できる 時間帯						
健康状態	健 康 (病名)					
* 社協使用欄	決 裁			受理対 応者㊞	入会費 受取り	台帳 記入
	事務局長	次 長	総 務			
	供 覧	包 括				