

住民参加型在宅福祉サービス団体全国連絡会 加入申込書

住民参加型在宅福祉サービス団体
全国連絡会 代表幹事 殿

住民参加型在宅福祉サービス団体全国連絡会に加入します。

正式名称	
代表者氏名	
連絡先	〒 _____ 住所 電話 (_____) _____ FAX (_____) _____ Eメール _____ ホームページアドレス _____
設立年月日	昭和・平成____年____月____日
形態	
情報提供サービスの希望	希望する 希望しない ※上記Eメールアドレスにメールニュースを配信します。
住民参加型在宅福祉サービス団体全国連絡会ホームページへの住所・電話番号の掲載	希望する 希望しない
貴会ホームページへのリンク	希望する 希望しない

「形態」への記入上の注意について

団体の運営の仕方によって、以下のように区別しています。

互助型「10」、社協型「20」、生協型「30」、ワーカーズコレクティブ「40」、農協型「50」、
行政設置型「60」、社会福祉施設運営型「70」ファミリーサービスクラブ「80」、その他「99」

※ファミリー・サポート・センターは、「60」行政設置型に分類ください。

【返送先】石川県社会福祉協議会・ボランティアセンター FAX(076)222-8900