ひかり絆BOX活動事前登録用紙

申込日：令和３年　　　月　　　　　日

NO.

受付法人名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | フリガナ | 性別 | 生年月日 | TS　　　　年　　　月　　　　日H　　　　　　　　　　（　　　　歳） |
|  | 男・女 |
| 現住所 | 〒 | 電話 | 自宅携帯 |
| 勤務先 | 正社員・フルタイムパート・パート・自営・その他 |
| （同居も含む）家 族 構 成 | 氏　名 | 性　別 | 年齢 | 続柄 | 備考 |
|  |  |  | 本人 |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 他　　　　人 | 必要物品 | 菓　子・保存食・文房具・絵　本日用品（　　　　　　　　　　　　　　　）衣類（乳児　　着・幼児　　着・少年　　着）その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申込理由 |  |
| 事業所もしくは相談中の相談されている | 事 業 所 名 | 期　間 | 備　考 |
|  | 　　年　　ヶ月 |  |
|  | 　　年　　ヶ月 |  |
|  | 　　年　　ヶ月 |  |
| 利用されない理由相談事業所より連絡が　必要・不要 |
| ＊＊＊確認の必要がある場合、後日事務局より連絡がある場合がございます。＊＊＊ |
| 光市社会福祉法人　地域公益活動連絡会　御中　上記の内容について連絡会で情報として共有する場合があることに同意致します。又本活動の主旨にそぐわない物品の活用(転売等)は一切いたしません。令和３年　　　月　　　日　　　　　　　　本人署名　　　　　　　　　　　　　　 |
| ※電話対応の場合のみ記入　個人情報の提供　同意あり・同意なし |
| 社会福祉法人意見欄 | （記入者：　　　　　　　　　㊞） |

提出先：光市社会福祉協議会　内　光市社会福祉法人地域公益活動連絡会　事務局　FAX：0833-74-3073