

社会福祉法人柏市社会福祉協議会
非営利活動団体情報登録票

登録No.	—	初回登録日	年 月 日	最終更新日	年 月 日				
フリガナ				登録区分 <input type="checkbox"/> ボランティア団体 <input type="checkbox"/> 当事者団体 <input type="checkbox"/> 福祉団体 <input type="checkbox"/> NPO法人	市民公益活動団体登録				
団体名					<input type="checkbox"/> 市民公益活動団体登録 <input type="checkbox"/> センター登録				
フリガナ				住所 〒 —					
代表者	連絡先					自宅	☎ — —		
						携帯	— —		
フリガナ				住所 〒 —					
代表 連絡先 (事務所等)	連絡先					電話	☎ — —		
						携帯	FAX		— —
メールアドレス									
ホームページ		http://							
設立年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	会員数	名	年齢層	歳代 ~ 歳代			
	<input type="checkbox"/> 平成				男女比	男性: 女性:			
<input type="checkbox"/> 令和									
活動目的									
活動内容									
活動日 (日時・場所)									
備考									
活動資金 (年間予算額)	円		主な収入源						
会費等	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 入会金 [円]		<input type="checkbox"/> 会費 月・年 [円]					
会員募集	<input type="checkbox"/> 有 → [入会資格] <input type="checkbox"/> 無								
地域福祉の 推進への取 り組み	※ 貴団体の活動により、地域福祉の推進に寄与できる(している)と考えられることをお書きください。								
問合せ対応	市民及び他団体等から貴団体の連絡先等についての問合せがあった場合、 <input type="checkbox"/> 登録票にある代表連絡先を伝えてください。 <input type="checkbox"/> こちら(貴団体)から問合せ先へ連絡します。(問合せ者の連絡先をお知らせください。)								

【登録票並びに会員名簿に記載された個人情報、貴会の許可無く公開することはありません。】

※ 太枠内の項目をすべて、ご記入ください。

