**大北シニア活動応援団体登録申請書**

平成　　年　　月　　日

長野県大町保健福祉事務所長　　様

「人生二毛作社会推進」の趣旨に賛同し、大北シニア活動応援団体としての登録を申請します。

併せて、下記申請内容左欄に「公表」とある項目についての公表に同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **公表** | （ふりがな）  名　　称 |  | | |
| **公表** | 住　　所 | 〒 | | |
|  | 代表者名  （職・氏名） | 印 | | |
| **公表** | 事業内容  （業種等） |  | | |
|  | 構成員等数 |  | | |
|  | 担当者職氏名 |  | | |
| **公表**  **※** | 問い合わせ先 | 電　話 |  | |
| ＦＡＸ |  | |
| E-mailアドレス |  | |
| シニアの皆さんからの直接連絡 | | 可　・　不可 |
| ※直接連絡不可の場合は、長寿社会開発センター大北支部を問い合わせ先として公表します。 | | |
| **公表** | シニアを  支援する  取組内容  （応援内容） | 大北地域のシニアの皆さんを応援するために実施したいと考えている取組内容に○印を付けてください。   |  |  | | --- | --- | |  | １　シニアの皆さんにボランティアなど活動の機会の提供 | |  | ２　シニアの皆さんの居場所や活動のスペースの提供 | |  | ３　シニアの皆さんに役立つ情報や知識などの提供 | |  | ４　シニアの皆さんの活動発表の場や機会の提供 | |  | ５　シニアの皆さんの健康など身近な相談への対応 | |  | ６　シニアの皆さんに積極的に就労の機会の提供 | |  | ７　上記1～6以外に、独自の取組みでシニアの皆さんを支援します。  　具体的な取組内容 | | | |
|  | 具体的な  活動予定 | 上記の支援等で、近々の具体的な予定がありましたらご記入ください。 | | |

貴団体の活動状況のわかるパンフレット等の資料があれば添付してください。