

記入例

第26回なかはら福祉健康まつり 参加申込書

ふりがな			
団体・グループ名			
連絡担当者	ふりがな	電話	()
	氏名	FAX	()
	住所		

別紙概要書資料の「開催に向けた基本指針」を遵守することに同意いただき、第26回なかはら福祉健康まつりに参加しますか？

あてはまる方にをつけてください。

<input checked="" type="checkbox"/> 参加する <small>※以下、すべてご記入ください</small>	<input type="checkbox"/> 参加しない <small>※参加されない場合は、上記太枠内のみ記入し、ご提出ください</small>
---	--

1. 当日の活動希望場所について、該当するものにをつけてください。

●希望場所 (<input checked="" type="checkbox"/> をつけてください)	
<input checked="" type="checkbox"/> 屋外	<input type="checkbox"/> 室内
	<small>※希望される場所に○をつけて下さい。 区役所1階 (部屋の広さに限りがあるため、ご希望に 添えない可能性があります)</small>

2. 参加について、該当するものにをつけ、内容をご記入ください。※複数回答可

●参加内容 (<input checked="" type="checkbox"/> をつけてください)		●内容 (具体的に) 記入ください
室内	屋外	
	<input checked="" type="checkbox"/>	・パネル展示・活動紹介
	<input checked="" type="checkbox"/>	・相談
	<input type="checkbox"/>	・体験
	<input checked="" type="checkbox"/>	・物品の展示販売
	<input checked="" type="checkbox"/>	・芝生広場での発表 ※やってみたい活動がありましたら、ぜひ事務局までご相談ください！
	<input type="checkbox"/>	・その他
		パネル2枚を展示し、社会福祉協議会の事業を紹介 福祉やボランティアに関する相談の受付 手作り品(缶バッジ、ポストカード、カレンダー)の販売 体操の発表 【出演希望時間：20分】

3. 当日、利用を希望する物品(机・いす)の数を記入ください

※ただし、スペース等の都合で希望にそえない場合があります。

屋内	机	台	イス	脚
屋外	机	4台	イス	6脚

※裏面も
ご記入ください。

4. 貴団体・グループのウォークラリー実施について該当するものに☑をつけてください。

●ウォークラリー実施について (☑をつけてください)

- | | | | |
|-------------------------------------|----------------|--------------------------|-----------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | ・ウォークラリーを実施します | <input type="checkbox"/> | ・ウォークラリーを実施しません |
|-------------------------------------|----------------|--------------------------|-----------------|

ウォークラリーを実施する場合はその内容を記入してください。

- ※ ウォークラリーでは、一般来場者がウォークラリーシートを持ってウォークラリー実施団体のテントやブース等をまわります。そこでのさまざまな体験を通じて、福祉や健康について考え知るきっかけになることが期待され、また実施団体としてご協力いただくことで、より多くの来場者に足を運んでいただく機会となります。
- ※ ウォークラリー実施団体には、ウォークラリーシートにスタンプを押していただくことを予定しています。

5. 貴団体・グループにおける『福祉健康まつり当日の参加予定人数』について、現時点での予定をご記入ください。

※参加団体数、人数等により、当日の参加人数の制限を行う場合がありますので、あらかじめご了承ください。

福祉健康まつり当日の参加予定人数は、**10** 人です。

6. 当日、まつりスタッフとしてお手伝いいただく協力員の方の氏名をご記入ください。

※福祉健康まつり開催にあたり、案内・駐輪場整理等などへのご協力をお願いします。

※ **1団体3名**のご協力をお願いします。やむをえない事情がある場合は、下記その他欄にご記入いただくか事務局へご相談ください。

※具体的な役割については、全体説明会でご説明いたします。

氏名	中原 太郎
	川崎 花子
	神奈川 大輔

7. その他 (何かありましたらご記入ください)

お願い この申込書は、**8月22日(月)までに**、なかはら福祉健康まつり事務局 (中原区社会福祉協議会) へご提出ください。

※今年度初めて参加される団体は、実行委員会で審査を行いますので、団体の活動がわかるもの (パンフレットやチラシ等) を添付してください。

【提出先】 なかはら福祉健康まつり実行委員会事務局 (中原区社会福祉協議会内)

〒211-0067

川崎市中原区今井上町1-34 和田ビル 福祉パルなかはら内

電話：044-722-5500 FAX：044-711-1260