

第29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		

第29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。

☐ 参加する ※以下、すべてご記入ください	☐ 参加しない ※参加されない場合は、<u>上記太枠内のみ</u>記入し、ご提出ください
--	---



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 (☒ をつけてください)			
	屋 外 ※テントが用意できない場合があります		室 内 ※希望される場所に○をつけて下さい。 区役所別館 1 階 (部屋の広さに限りがあるため、ご希望に沿えない可能性があります)

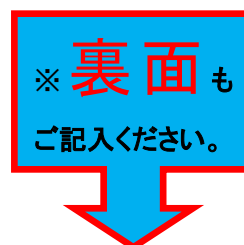
2. 参加について、該当するものに☒をつけ、内容をご記入ください。※複数回答可

●参加内容 (☒ をつけてください)		●内容 (<u>具体的</u> にご記入ください)
室内	屋外	
		・パネル展示・活動紹介
		・相談
		・体験
		・物品の展示販売
		・飲食物の販売
		※別途、区役所地域ケア推進担当へ『出店概要書』の提出が必要となります。 出店概要書は第 1 回の全体説明会(9月中旬予定)で配布します。
/		・屋外の芝生広場での発表 ※区役所5階は選挙期間中につき、 屋内の舞台はありません。 ※小雨中止
		【出演希望時間： 分】
		・その他

3. 当日、利用を希望する物品(机・いす)の数をご記入ください

※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 台	イス 脚



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）

☐ ・ウォークラリーを実施します

☐ ・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。

福祉健康まつり当日の
参加予定人数は、

人

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2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

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15日(金)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