

沖縄県子どもの居場所ネットワーク 同意書 兼 参加申込書

沖縄県子どもの居場所ネットワーク事業運営規約に同意します。
沖縄県子どもの居場所ネットワークへの参加を希望します。

沖縄県子どもの居場所ネットワーク事務局 宛て

子どもの居場所名	
運営団体名 <small>※個人の方で団体名がない場合は、 ご記入は不要です</small>	
代表者名	(印)
郵送物の送付先	〒 _____
連絡先(電話)	
連絡先(FAX)	
メールアドレス	
開所日 (支援開始日)	平成・令和 _____年____月
開所状況 <small>開所している曜日に チェックをお願いします</small>	開所頻度：週____回 (<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝祭日) 1回あたりの来所者数：_____人～_____人程度
主な運営財源 <small>主なものにチェック 複数可</small>	<input type="checkbox"/> 沖縄子供の貧困対策事業費補助金 <input type="checkbox"/> 沖縄子供の貧困対策事業費補助金以外の行政からの補助等 (事業名： _____) <input type="checkbox"/> 寄付等 <input type="checkbox"/> 自己資金 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
事業形態	<input type="checkbox"/> 行政からの委託 <input type="checkbox"/> 行政からの補助等あり <input type="checkbox"/> 行政からの補助等なし <input type="checkbox"/> 行政直営
支援企業・団体へ 情報提供	<input type="checkbox"/> 情報提供可(団体基本情報) <input type="checkbox"/> 非公開(完全非公開) ※企業へ報告は「非公開：〇〇市」
保険の加入	<input type="checkbox"/> 有(保険名・ _____) <input type="checkbox"/> 無

令和 _____年 _____月 _____日

社会福祉法人 沖縄県社会福祉協議会 地域福祉部 行き

〒903-8603 沖縄県那覇市首里石嶺町4-373-1 (沖縄県総合福祉センター 西棟4階)
TEL: 098-887-2000 FAX: 098-887-2024 MAIL: kodomo-ibasyo@okishakyo.or.jp