様式第４号（第７条関係）　　　　　　　（表）

登録番号

市川市高齢者生活支援サービス提供団体概要書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日現在

１　団体の概要（本社等）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体の名称 | （フリガナ） | |
| 代表者の氏名 | （フリガナ） | |
| 事務所の所在地 | 【専用事務所・住居と兼用・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）】  〒 | |
| TEL | FAX |
| URL | E-mail |
| 設立年月日 | 年　　月　　日 | |
| 主な事業内容 |  | |

２　事業所の概要（１で記載した本社等と異なる場合のみ記載）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所の名称 | （フリガナ） | |
| 代表者の氏名 | （フリガナ） | |
| 事務所の所在地 | 【専用事務所・住居と兼用・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）】  〒 | |
| TEL | FAX |
| URL | E-mail |
| 開設年月日 | 年　　月　　日 | |
| 主な事業内容 |  | |

３　申込みに係る連絡先

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡責任者の氏名 | （フリガナ） | | | | |
| 連絡先住所等  （どちらかに  〇印を付けて  ください。） |  | 上記「事務所の所在地」と同じ | | | |
|  | 〒 | | | |
| 電話 |  | FAX |  |

（裏）

登録番号

４　高齢者生活支援サービスの提供の状況又は計画

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 市川市高齢者生活支援サポーターに情報提供します。 | 団体の名称 | （フリガナ） |
| サービスの内容 |  |
| サービスの対象者 | □高齢者　　□障がい者　　□妊産婦　　□育児中の人  □病気の人　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □誰でも |
| 提供地域 |  |
| 提供日 |  |
| 提供時間 | 平　日　　　　：　　　　　～　　　　　　：  土曜日　　　　：　　　　　～　　　　　　：  日曜日　　　　：　　　　　～　　　　　　：  祝　日　　　　：　　　　　～　　　　　　： |
| 会員制の有無 | □ 有　　　　□　無 |
| 会費 | 入会金　□ 有（　　　　　　　　）円　　　□ 無 |
| 会 費　□ 有（　　　　　　　　）円／ 年・月・その他（　　　　）  　　　 □ 無 |
| 報酬 | □ 有（　　　　　　　　）円／ 時間・回・その他（　　　　　　）  □ 無 |
| 団体に所属するに当たっての条件 |  |
| 問合せ先 | 【所在地】  【電話番号】　　　　　　（　　　　　　　）  【ＦＡＸ番号】 |
| 高齢者生活支援サポーターへのメッセージ |  |

※団体や高齢者生活支援サービスの内容がわかるチラシがありましたら、添付してください。