

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 ○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)

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。