

+様式第4号(第6条第1項関係)

有償移送サービス協力会員登録申請書

申請日 年 月 日

社会福祉法人城里町社会福祉協議会
会長 様

写真

協力会員番号 号

次のとおり協力会員の申し込みを致します。

申請者	住所			電話	()		
	フリガナ			性別	男 ・ 女		
	氏名						
	生年月日	昭・平	年	月	日	年齢	歳
協力できる時間							
	月	火	水	木	金	土	日
午前	~	~	~	~	~	~	~
午後	~	~	~	~	~	~	~
1日	~	~	~	~	~	~	~
移送サービス協力範囲	(町内 ・ 町外 ・ 町内外)						
資格・免許等							
備考(その他活動するにあたっての条件・希望がありましたらご記入ください)							