

福祉保健研修交流センター ウィリング横浜 利用登録申込書
(兼福祉保健活動団体利用区分申込書)

申込日： 年 月 日

申請利用区分	<input type="checkbox"/> 一般区分 <input type="checkbox"/> 福祉保健活動区分【該当区分 () ※区分については裏面をご確認ください】		
ふりがな			
団体名・会社名			
ふりがな			
代表者名			
住所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			

※以下代表者と担当者・連絡先が違う場合はご記入ください。

『請求書払い(後納払い)』をご希望の場合、連絡担当者様宛にお送りいたします。

ふりがな		所属	
連絡担当者名			
住所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			

*以下、福祉保健活動団体での登録をご希望の場合のみご記入ください。

団体活動内容	*関係資料(定款・約款・活動記録・チラシ等)を添付してください。
主な利用目的	<input type="checkbox"/> 研修(対象・内容：) <input type="checkbox"/> 会議・打合せ(対象・内容：) <input type="checkbox"/> その他()
利用予定人数	団体会員等構成員(人) 構成員以外(人)
備考	

取得した個人情報は、「横浜市社会福祉協議会個人情報保護に関する方針」にもとづき適切に処理致します。

【事務局記入欄】

登録番号		登録日	
------	--	-----	--

利用申込みにあたっての注意事項

『福祉保健活動団体』としてご登録・ご利用いただけるのは、「横浜市福祉保健研修交流センター条例 第4条各号」に掲げる下記に該当する個人・団体です。

- (1) 社会福祉法第2条に規定する社会福祉事業を行う営利を目的としない団体及び当該事業に従事する者
- (2) 医療法第1条の2第2項に規定する医療提供施設の開設者及び当該施設の業務に従事する者
- (3) 健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者及び当該事業者の業務に従事する者
- (4) 民生委員その他国又は地方公共団体から委嘱等を受けて福祉活動、保健活動等に従事する者
- (5) その他前各号に準ずる福祉活動、保健活動等を行う営利を目的としない団体及びこれらの活動に従事する者と指定管理者が認める者

【福祉保健活動従事者(団体)の該当例】

○次の法人・施設及び従事者が対象となります。

社会福祉法人、医療法人、学校法人・国立大学法人（福祉保健関係学部があるもの）、生活協同組合、農業協同組合、健康保険組合、労働組合、公益財団法人、公益社団法人、指定訪問看護事業者、医療提供施設（病院、診療所、介護老人保健施設、調剤薬局他）民生委員児童委員、主任児童委員、障害者相談員、保健活動推進員、保護司等

【定款・活動内容により該当することがある団体（該当しない場合もあります）】

特定非営利活動法人、一般社団法人、一般財団法人、専ら福祉保健活動を行う任意団体

⑨ 上記に該当しない場合は一般団体としてのご利用となります。

ご登録頂いた個人情報、**「社会福祉法人横浜市社会福祉協議会個人情報保護に関する方針」**に従い適正な管理を行うとともに、個人情報の保護に努めます。また、ウィリング横浜研修施設事業により取得した情報については、ウィリング横浜研修施設等の利用に関する各種連絡・お問い合わせ対応及び関連する事務・事業にのみ使用致します。

登録内容に変更のあった場合は、速やかに下記までご連絡ください。

〒233-0002 横浜市港南区上大岡西1-6-1 ゆめおおおかオフィスタワー4階

福祉保健研修交流センター ウィリング横浜 管理運営担当

TEL 045-847-6666 FAX 045-345-0799

w-yoyaku@yokohamashakyo.jp

福祉保健研修交流センター ウィリング横浜 利用登録申込書
(兼福祉保健活動団体利用区分申込書)

記入例

申込日：令和元年 5月 1日

申請利用区分	<input type="checkbox"/> 一般区分 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉保健活動区分【該当区分（ 1 ） ※区分については裏面をご確認ください】		
ふりがな	しゃかいふくしほうじん まるさんかく		
団体名・会社名	社会福祉法人 ○△		
ふりがな	かみおおおか たろう		
代表者名	上大岡 太郎		
住所	〒233-0002 横浜市港南区上大岡西1-6-1 オフィスタワー4F		
TEL	045-***-****	FAX	045-***-****
E-mail	*****@***.ne.jp		

※以下代表者と担当者・連絡先が違う場合はご記入ください。

『請求書払い（後納払い）』をご希望の場合、連絡担当者様宛にお送りいたします。

ふりがな	よこはま はなこ	所属	営業第1課
連絡担当者名	横浜 花子		
住所	〒233-0002 横浜市港南区上大岡西1-6-1 オフィスタワー6F		
TEL	045-***-****	FAX	045-***-****
E-mail	*****@***.ne.jp		

*以下、福祉保健活動団体での登録をご希望の場合のみご記入ください。

団体活動内容	特別養護老人ホームの運営、訪問介護 *関係資料（定款・約款・活動記録・チラシ等）を添付してください。		
主な利用目的	<input checked="" type="checkbox"/> 研修（対象・内容： 職員及び登録ヘルパー ） <input type="checkbox"/> 会議・打合せ（対象・内容： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
利用予定人数	団体会員等構成員（ 50 人）構成員以外（ 人）		
備考			

取得した個人情報は、「横浜市社会福祉協議会個人情報保護に関する方針」にもとつき適切に処理致します。

【事務局記入欄】

登録番号		登録日	
------	--	-----	--