

第2号様式(第3条関係)

大磯町公共施設使用者登録 申請書 (変更・廃止)届

大磯町長 様

登録番号	
------	--

以下の太枠内のみご記入ください。

区 分	1 登録申請 2 変更届 3 廃止届
-----	--------------------

申請 (届出)日	平成 年 月 日
-------------	----------

使用者名 (団体名)	ふ り が な															
活動種目 又は 活動目的																
代表者名	ふ り が な															
											高齢者団体の場合は記載			障害者団体の場合は記載		
住 所	〒 -															
電話番号	- -															
Eメールアドレス																
構成員人数	名															
使用者種別	<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外 <input type="checkbox"/> 高齢者団体 <input type="checkbox"/> 障害者団体 <input type="checkbox"/> その他 ()															

※ 町内団体は構成員の1/2以上が町内在住者の場合に該当となります。

※ 高齢者団体は構成員の2/3以上が町内在住の高齢者(65歳以上)、障害者団体は構成員の1/2以上が町内在住の障害者の場合に該当となります。

連絡者名	ふ り が な															
											高齢者団体の場合は記載			障害者団体の場合は記載		
連絡者住所	〒 -															
連絡者 電話番号	- -															
Eメールアドレス																

町使用欄			
受付場所	<input type="checkbox"/> ふれあい会館 <input type="checkbox"/> 福祉センター <input type="checkbox"/> 世代交流センターさざんか荘 <input type="checkbox"/> 横溝千鶴子記念障害福祉センター <input type="checkbox"/> 図書館 <input type="checkbox"/> 郷土資料館 <input type="checkbox"/> 生涯学習館 <input type="checkbox"/> スポーツ健康課		
本人確認 資 料	1 運転免許証	2 保険証	3 住民基本台帳カード
登録添付 書 類	4 その他		収 受 印
備 考	○構成員名簿		
	○規約・会則等がある場合は添付してください		
備 考	<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外 ※構成員の1/2 <input type="checkbox"/> 高齢者(構成員の2/3) <input type="checkbox"/> 障害者(構成員の1/2)		

大磯町公共施設使用者登録構成員名簿

登録番号	
------	--

区 分	1 登録申請 2 変更届 3 廃止届
-----	--------------------

申請 (届出)日	平成 年 月 日
-------------	----------

※ 代表者・連絡者以外の構成員をご記入ください。
 ※ 高齢者団体は生年月欄、障害者団体は障害の種類欄をご記入ください。

使用者名 (団体名)																				
構 成 員 名 簿	1	氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	生年月	年	月	日生	障害の種類	<input type="text"/>	
		住所	<input type="text"/>																	
	2	氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	生年月	年	月	日生	障害の種類	<input type="text"/>
		住所	<input type="text"/>																	
	3	氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	生年月	年	月	日生	障害の種類	<input type="text"/>
		住所	<input type="text"/>																	
	4	氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	生年月	年	月	日生	障害の種類	<input type="text"/>
		住所	<input type="text"/>																	
	5	氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	生年月	年	月	日生	障害の種類	<input type="text"/>
		住所	<input type="text"/>																	
	6	氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	生年月	年	月	日生	障害の種類	<input type="text"/>
		住所	<input type="text"/>																	
7	氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	生年月	年	月	日生	障害の種類	<input type="text"/>	
	住所	<input type="text"/>																		
8	氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	生年月	年	月	日生	障害の種類	<input type="text"/>	
	住所	<input type="text"/>																		
9	氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	生年月	年	月	日生	障害の種類	<input type="text"/>	
	住所	<input type="text"/>																		
10	氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	生年月	年	月	日生	障害の種類	<input type="text"/>	
	住所	<input type="text"/>																		
11	氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	生年月	年	月	日生	障害の種類	<input type="text"/>	
	住所	<input type="text"/>																		
12	氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	生年月	年	月	日生	障害の種類	<input type="text"/>	
	住所	<input type="text"/>																		