

様式 I

地域福祉推進パートナーシップ事業者認定登録申請書

年 月 日

社会福祉法人小牧市社会福祉協議会

会長 吉 田 友 仁 殿

申請者 名称等 _____
住 所 _____
連絡先 _____
代表者 _____
担当者 _____

地域福祉推進パートナーシップ事業者として認定登録をしたいので、下記により申請します。

(申請者に関すること)

事業の種類	
事業の内容	
事業の年数	

(活動に関すること)

地域貢献できること	
備 考	