様式１

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 |