様式－①

令和　　年　　月　日

社会福祉法人新見市社会福祉協議会

　会　長　　逸　見　　孝　明　　様

住　　 所　新見市

サロン名

代表者氏名

電話番号　（）－

**ふれあいサロン年間活動計画書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 実施予定日 | 開　催　場　所 | 時　間 | 内　容 | 備　考 |
| １ | 　　月　　日 |  | ～ |  |  |
| ２ | 　　月　　日 |  | ～ |  |  |
| ３ | 　　月　　日 |  | ～ |  |  |
| ４ | 　　月　　日 |  | ～ |  |  |
| ５ | 　　月　　日 |  | ～ |  |  |
| ６ | 　　月　　日 |  | ～ |  |  |
| ７ | 　　月　　日 |  | ～ |  |  |
| ８ | 　　月　　日 |  | ～ |  |  |
| ９ | 　　月　　日 |  | ～ |  |  |
| 10 | 　　月　　日 |  | ～ |  |  |
| 11 | 　　月　　日 |  | ～ |  |  |
| 12 | 　　月　　日 |  | ～ |  |  |
| その他、記入欄 |

|  |  |
| --- | --- |
| 下記の項目を確認し、右の欄へ☑してください。 | ﾁｪｯｸ |
| １ | 高齢者等を対象に介護予防を目的としている | □ |
| ２ | 参加者が制限されておらず、誰もが参加できる活動である | □ |
| ３ | 参加者から名簿への氏名記載の同意を得ている | □ |
| ４ | 他の公的な助成を受けていない | □ |
| ５ | 報道機関等の取材・記事掲載を了承　　します 　／　 しません |

|  |
| --- |
| 社協記入欄 |
| 受付印 |
| 通帳コピー |  |
| 名簿添付 |  |
| 保険加入 |  |