

功 績 調 書【サロン等地域福祉活動】

令和△年〇〇月××日作成

ふりがな	〇〇サロン	
被顕彰団体名	〇〇サロン	
<input type="checkbox"/> 住民福祉大会の表彰者名簿に団体名の掲載を希望しない場合のみチェックをいれてください		
ふりがな	〇 × ×	
代表者名	〇 × ×	
代表者住所	〒277-△△△△ 柏市中央台東□-□-□	
代表者電話	04-71〇〇-××××	
対 象：サロン等の地域福祉活動を実施している期間が9年以上 (令和5年度から年数要件を変更しています：令和4年度までは10年以上) 基準日：令和6年3月31日		
地域福祉活動の内容	就任・活動期間	年月数
子どもからお年寄りまで誰でも自由に参加できるサロン活動を月2回実施している。	平・令・西暦 〇〇年×月△△日	通算 9年 9ヶ月
推薦団体名／推薦者	〇〇地域ふるさと協議会 会長 〇〇 〇〇	
住 所	〒277-△△△△ 柏市中央台東□-□-□	
連 絡 先	※日中連絡が取れる番号を御記入ください 04-71〇〇-××××	

※ 記入漏れ等に注意し、わかりやすい大きな字で御記入ください。

※ 該当無いときは提出不要です。

※ お預かりした個人情報、柏市社会福祉協議会事業の目的以外に利用することはありません。