

功 績 調 書

【更生保護女性会員、BBS会員、赤十字奉仕団員】

令和△年〇〇月××日作成

ふりがな	〇 〇 × ×	男	年齢××歳
被顕彰者名	〇 〇 × ×	女	
<input type="checkbox"/> 表彰者名簿への氏名掲載不可の場合 <input checked="" type="checkbox"/>			
現住所	〒277-△△△△ 柏市●●町□-□-□		
電話番号	04-71〇〇-××××		
対 象：活動した期間が9年以上（今年度から要件変更しています：R4年度までは10年以上） 基準日：令和5年3月31日			
役職・団体・グループ名等	就任・活動期間		年月数
副会長	平・令・西暦 〇年×月△△日～	平・令・西暦 〇〇年××月△△日	7年 1か月
会長	平・令・西暦 〇年×月△△日～	平・令・西暦 5年 3月31日	2年 0か月
	平・令・西暦 年 月 日～	平・令・西暦 年 月 日	年 か月
	平・令・西暦 年 月 日～	平・令・西暦 年 月 日	年 か月
	平・令・西暦 年 月 日～	平・令・西暦 年 月 日	年 か月
			通算 9年1か月
推薦者	会長 △ △ × ×		
事務担当（所属・氏名）	〒277-△△△△ 柏市西部町□-□-□		
事務担当者 電話番号	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。