

世田谷区立保健医療福祉総合プラザ 団体登録申請書

(新規 変更 廃止)

申請日 令和 年 月 日

申請者氏名

団体の種類	<input type="checkbox"/> 障害者団体 <input type="checkbox"/> 高齢者団体 <input type="checkbox"/> 町会等 <input type="checkbox"/> 一般団体(1) <input type="checkbox"/> 一般団体(2) <small>※区分は会議室等利用案内をご確認ください。</small>
ふりがな	
団体名	

団体の活動内容 (会議室の使用目的)	
利用確認	「会議室等の利用案内」の内容を確認したうえで同意します。 はい ・ いいえ

会員数	名	うち	区内在住	名
			区内在勤・在学	名


障害者団体の場合	区内在住の障害者及びその家族	名
高齢者団体の場合	区内在住の高齢者(65歳以上)	名

※令和6年6月1日より、構成員全員の本人確認をさせていただいておりますご協力お願いいたします。
※団体内容等につきまして、確認をさせていただく場合がございます。
※虚偽の記載があった場合には、登録を取り消させていただく場合がございます。
※この申請書の記載情報は、総合プラザの団体登録及び会議室等の利用手続き以外の目的に使用することはありません。

<指定管理者記入欄>

受付日 _____ 団体番号 _____

登録日 _____ 担当者 _____

団体情報登録 予約管理システム登録	
----------------------	---

指定管理者 確認欄		
--------------	--	---

指定管理者:シダックス大新東ヒューマンサービス㈱

■代表者

本人確認[運・健・マ・その他()]

ふりがな				生年月日
氏名				年 月 日生
住所		〒		
連絡先	電話		FAX.	
	携帯電話			
	メールアドレス			

■連絡担当者(※代表者と同じ場合は省略可

本人確認[運・健・マ・その他()]

ふりがな				生年月日
氏名				年 月 日生
住所		〒		
連絡先	電話		FAX.	
	携帯電話			
	メールアドレス			

■上記以外の構成員(※代表者と連絡担当者が同じ場合は4名記入してください。)

構成員①	<input type="checkbox"/> 本人確認[運・健・マ・その他()]	生年月日
氏名		年 月 日生
住所	〒	
構成員②	<input type="checkbox"/> 本人確認[運・健・マ・その他()]	生年月日
氏名		年 月 日生
住所	〒	
構成員③	<input type="checkbox"/> 本人確認[運・健・マ・その他()]	生年月日
氏名		年 月 日生
住所	〒	
構成員④	<input type="checkbox"/> 本人確認[運・健・マ・その他()]	生年月日
氏名		年 月 日生
住所	〒	

※ご提示いただいた本人確認資料は、団体登録及びご利用時・ご連絡時のみ利用し、それ以外の目的には利用しません。