（様式第４号）

　　年　　月　　日

（あて先）

　福　岡　市　長

申請者　登録証番号

　　所在地

法人名

代表者の職・氏名

担当者の氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　FAX番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

高齢者生き活きパートナー　変更届出書

「高齢者生き活きパートナー事業実施要綱」第８条の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

記

※**変更となる箇所のみ**ご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| ①施設名 |  |
| ②郵便番号、所在地 | 〒　　　－　　　　 |
| ③法人等紹介（事業概要、社会貢献活動など） |  |
| ④高齢者生き活きパートナーとしての活動内容（場の提供の詳細について） | 場所の詳細 | 例)〇階待合室、会議室など |
| 広さ | 　　　　　　　　㎡ |
| 使用料 | 無し・有り(　　　　　　　　　　　 　　円) |
| 使用条件 | 使用時間 | 例)平日○時～○時、〇曜日は不可　等 |
| その他 | 例)土足禁止、駐車場有り　等 |
| ⑤写真の提供 | □あり　　　　□なし |
| ⑥場の提供についての問い合わせ先 | 電話（　　　－　　　　　）　ＦＡＸ（　　　－　　　　　） |
| メールアドレス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 担当者名（　　　　　　　　　　　） |