大村市総合福祉センター利用登録確認表

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　 月 　 日

団体名

住　　　所

代表者氏名

連絡先

１　活動内容・利用目的（できるだけ詳しくご記入ください）

　●活動内容

●会場の利用目的

　●年齢構成 　 ●会場の利用人数　　　　名

**※貴団体のホームページ、チラシ等がある場合は、その印刷物を添付してください。**

２　登録判定フロー表（該当する判定結果に○を付けてください）

(団体の構成者)　　　　　　　　　 (施設の利用目的)

**はい**

**いいえ**

●社会福祉に関する相談の機会の提供

●社会福祉事業及び地域福祉活動を行う団体に対する支援

社会福祉事業を行う団体及びその関係者、または地域福祉活動に携わる者のみで構成されている。

**はい**

**いいえ**

**はい**

**いいえ**

**はい**

６０歳以上の者のみで構成されている。

●高齢者の健康の増進、教養の向上及びレクレーション

**いいえ**

**はい**

**いいえ**

●障害者及びその家族の地域生活及び社会参加の支援

**はい**

市内に住所を有する障害者及びその家族のみで構成されている。

**いいえ**