

大村市総合福祉センター 利用団体登録票

団体情報

		利用者番号		
申請日	年 月 日			
団体名	漢字			
	フリガナ			
代表者名	(姓)		(名)	
	フリガナ			
郵便番号	—			
住所	県 市		町	番地
	丁目			
マンション等の名称				
電話番号			内線番号	
FAX番号				
活動内容	1. 社会福祉活動 2. 老人福祉活動 3. その他	*詳しく書いてください。		
主な構成メンバー				

団体の連絡先(郵便物等の送付先)

氏名	(姓)		(名)	
	フリガナ			
性別		設立年月日	年 月 日	
郵便番号	—			
住所	県 市		町	番地
	丁目			
マンション等の名称				
電話番号			内線番号	
FAX番号				
メールアドレス				

インターネットで予約システムを利用するためのパスワード設定

パスワード		*4～15桁の半角英数字
-------	--	--------------

(注)

- ・予約システムの利用にあたっては、適切な利用を心がけてください。
- ・その利用において、施設管理者が不適切であると認めた場合、予約システムの利用をお断りすることがあります。予めご了承ください。