


登録番号

年度 スマイルングパートナー登録申請書

申請年月日 年 月 日

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名または団体名			
※ 私は、スマイルング要綱及び希望する場所のスマイルング規約に <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。			
※ 私はボランティア保険に <input type="checkbox"/> 加入しています。 <input type="checkbox"/> 加入していません。			
住所 ※団体の場合は、主たる事務所の所在地または代表者住所	〒		
連絡先(代表者)	電話番号 () - ()	FAX(任意) () - ()	
	E-Mail アドレス(任意)		
団体概要(団体のみ)	活動目的、活動内容、構成組織(人数)など		
希望する場所・活動 ※希望する場所・活動にチェック(レ点)を記入してください。 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 県立観音崎公園 (詳細記入:) <input type="checkbox"/> 県立東高根森林公園 (詳細記入:) <input type="checkbox"/> 県立四季の森公園 (詳細記入:) <input type="checkbox"/> 県立三ツ池公園 (詳細記入:) <input type="checkbox"/> 岡村公園 (詳細記入:) <input type="checkbox"/> 日野中央公園 (詳細記入:) <input type="checkbox"/> 日ノ出川公園 (詳細記入:) <input type="checkbox"/> 新杉田公園 (詳細記入:) <input type="checkbox"/> アメリカ山公園 (詳細記入:) ※会員証の受け取り場所を  印で囲ってください。		
活動予定時間	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 終日(一日)		
スマイルングからの情報提供	スマイルングに関する情報提供を希望される方は下記に チェック(レ点)を記入してください。 <input type="checkbox"/> 希望する(Eメール・FAX) <input type="checkbox"/> 希望しない		
保護者の同意 ※未成年者の個人のみ	私は当該希望者がスマイルングパートナーに申請することに同意します。 ふりがな 氏名 (本人との関係:)		
備考 ※スマイルング担当記入			

※この申請書に記載された個人情報、スマイルングに関する業務以外には使用いたしません。
 ※団体登録の場合は、団体名簿を添付してください。(書式は任意)