

こども食堂赤い羽根夏休み支援（野菜）　応募用紙

**ＦＡＸ：０５４－２５１－３５１６　オールしずおかベストコミュニティ　担当者 行**

**※部分は必須項目です。未記入の場合は受付できません**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **フリガナ** |  |
| **※団体名** |  | **※代表者氏名** |  |
| **フリガナ** |  | **こども食堂****活動開始年月** |  |
| **※名　称** |  |
| **連絡先****(必ず連絡が取れる番号を記入)** | **※住 所** | 〒　　 　- |
|  |
| **※TEL** |  | **※担当者名** |  |
| **※携帯電話** |  | **FAX** |  |
| **mail** |  |
| **※こども食堂****会場住所****(当日お届けする場合の住所)** | 〒 | 　　 - |
|  |
| **(ビル名等)** |  |
| **お届け当日に連絡の取れる電話番号** | 　　　　 　　―　　　　　　― |
| **参加費** | ・無料 | ・有料　➔　金額 | **こども** | 　円 | **おとな** |  | 円 |
| **開催頻度** | ・月 |  | 　回 | **開催日**　例：第○△曜日など |  |
| ・週 | **開催時間** | 　　　：　　　　～　　　　： |
| **1回あたりの****平均参加人数****(直近5回)** | **児童利用者数(高校生まで)** | **大人利用者数** | **利用者合計** | **ボランティア数** |
| **名** | **名** | **名** | **名** |
| **※利用者合計は、児童＋大人の利用者数を記入してください** |
| **こども食堂開催日（野菜のお届け希望日）** |
| **7月** | 　日 | **8月** | 　　　　　日 | **9月** | 　日 |
| こども食堂活動状況 |
| **寄付の受入****(内容)** |  |
| **ボランティア** |  |
| **要望****その他** |  |

※応募多数の場合は、すべての計画に助成できないことがあります。

**※実施報告は、誕生会の開催後(10日以内)に必ず提出願います。**

※記入された情報は、オールしずおかベストコミュニティと赤い羽根共同募金会で共有します。