

鎌倉市地域介護予防活動支援事業補助金団体活動変更届・中止届

年 月 日

(宛先) 鎌倉市長

団体名 \_\_\_\_\_

申請時代表者 氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

鎌倉市 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり、報告します。

- 中止 (休止含む)  
 変更 (変更の場合は変更内容もご記入ください)

理由・時期

変更内容 ※該当する内容のみ、記入してください。

該当する 項目に○		
	団体名	
	代表者名	
	代表者住所	
	代表者連絡先	
	主な活動日時	( ) 曜日 ( : ) ~ ( : )
	主な活動場所	
	活動内容	
	担当者名	
	担当者連絡先	<input type="checkbox"/> 電話番号 ( ) <input type="checkbox"/> F A X 番号 ( ) <input type="checkbox"/> E-mail ( )
	新規の方の 参加方法	<input type="checkbox"/> 直接、活動日に行ってよい <input type="checkbox"/> 事前に連絡が必要 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	その他	