（様式1）

（西暦）　　　　年　　月　　日

公益社団法人兵庫県看護協会長　様

支部名　　　　　　　　　　　支部

支部代表名　　　　　　　　　　　　印

**「まちの保健室」拠点（開設・変更・閉設）届**

|  |  |
| --- | --- |
| 　拠　点　名　★ |  |
| 開　設　場　所★ | 所　在　地 |  |
| 施　設　名 |  |
| 施設責任者 |  |
| 連　絡　先 |  |
| 開　設　日 | （西暦）　　　　　年　　　月　　　日 |
| 活動開始（予定）日 | （西暦）　　　　　年　　　月　　　日 |
| 閉　設　日 | （西暦）　　　　　年　　　月　　　日 |
| 拠点リーダー名★ | 氏名 | 所属施設名 |
|  |  |
| ボランティア名 |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 活動内容★（健康相談・子育て支援等） |  |
| 活動回数・曜日・時間（予定） | 年　・　月　　　回開催　　　　第　　　週　　　曜日　　　　：　～　　　： |
| 備　考 |  |

* **★印の項目が変更の場合には、変更届を提出してください。**