別紙２

年　　月　　日

「えどがわオレンジ協力隊」変更（抹消）届出書

介護保険課長あて

下記の通り、えどがわオレンジ協力隊の内容変更（抹消）を申請します。

届出者（協力隊代表者名）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 協力隊名称 |  | |
| 種別 | 商店・介護事業所・企業・学校・医療機関・金融機関・交通・保険  町会・自治会・ＮＰＯ・ボランティアグループ・官公庁・組合・団体  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 代表者名 |  | |
| 所　在　地 | 〒 | |
| 連　絡　先 | 電話番号 |  |
| FAX（任意） |  |
| E-mail（任意） | メール配信を　　□希望する　□希望しない |
| ホームページ  アドレス | 協力隊認定一覧への掲載を　　□希望する　□希望しない | |
| 行　動　宣　言 | □以下の宣言をします。  ・  ・  ・ | |

変更の内容

* 協力隊名　　□　種別　　□代表者名　　□所在地　　□電話　　□　FAX

□　E-mail　　□ホームページアドレス　　□行動宣言

|  |
| --- |
|  |

　□協力隊認定の抹消