

「子ども食堂つながりネットワーク SHIGA」 加入申込書

年 月 日

滋賀の縁創造実践センター
社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会
会 長 市 川 忠 稔 様

「子ども食堂つながりネットワーク SHIGA」の趣旨に賛同し、下記同意事項に同意のうえ、加入を申込みます。

実施団体名 _____

代表者名 _____

※裏面に貴団体の概要等についてご記入ください。

<同意事項>

1. 下記の事項すべてに該当する団体・グループとして活動を実施すること
 - ア. 食事や遊び、学びを通じて子どもと地域がつながる垣根のない居場所であること
 - イ. 年6回以上、定期的な開催を目指していること
 - ウ. 「子ども食堂」が「地域食堂」として地域に開かれた居場所を目指していること
 - エ. 配分された金品・物品について県社協の意向に反した活用をしないこと

2. 次のいずれにも該当しません。
 - ア. 営利を目的とするもの
 - イ. 政治活動または宗教活動に関するもの
 - ウ. 法令その他公序良俗に反するもの
 - エ. 虚偽や誇張があるなど事実と反するもの
 - オ. 第三者の権利や財産を侵害するおそれのあるもの
 - カ. 人種、国籍、職業、性別、思想、信条、障害等により不当に人を差別し、または差別を助長するおそれのあるもの
 - キ. 子どもの健全な育成を阻害するおそれのあるもの

3. その他子ども食堂つながりネットワークに加入・登録することが適当でないと滋賀県社会福祉協議会が認める場合または登録後に不義が認められた場合は、加入のお断りまたは登録の解除をする場合があります。

子ども食堂名	
担当者名	
担当者連絡先	電話 FAX E-mail 住所 〒
1. 子ども食堂でめざすこと	
2. 活動概要	
<input type="checkbox"/> 会場名及び会場住所 <input type="checkbox"/> 対象（呼びかけ）地域 <input type="checkbox"/> 食堂の参加対象 <input type="checkbox"/> 食堂の運営スタッフ <input type="checkbox"/> 食堂の規模（スタッフも含めた参加想定人数） <input type="checkbox"/> 開催スケジュール ・ 開催日時（毎月 第○ ○曜日 ○時～○時 等） ・ 年間実施回数 回	
<input type="checkbox"/> 主な活動の内容 <input type="checkbox"/> 参加費（子ども・大人） <input type="checkbox"/> 活動のPRポイント	
●子どもの笑顔はぐくみプロジェクトHP及び配布書類等への情報公開について 可（「情報公開確認票」をご提出ください。） ・ 不可 ●寄付・配分等の収受について（○印をお願いします。） 希望する ・ 希望しない ※希望される場合は、本会より依頼する開催結果報告等の提出が必須となりますのでご了承ください。	