**＜愛知県精神保健福祉協会長奨励賞＞**

**応　募　申　込　書**

提出日：　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＊申込者（個人名または団体・グループ名） | | 代表者（団体・グループの場合）  職名　　　　　　　　氏名 |
| 担当者（団体・グループの場合）  　氏名  電話番号 |
| ＊連絡先　住所　〒    　　　　　電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：  　　　　　メール： | | |
| ＊推薦について（いずれかに○をつけて下さい）  　　　自薦　・　他薦　（　推薦者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ＊活動概要 | | |
| 活動の目的 |  | |
| 活動の内容 |  | |
| 活動の継続性・  将来性・  将来的な目標 |  | |
| 独自性・  アピールポイント |  | |
| 活動期間 | 年　　　　月から　　　　　年目 | |
| ＊これまでの活動実績 | | |
| ＊今後の活動計画・賞金の使途 | | |
| ＊プロフィール（活動の経緯、会員数、活動資金など） | | |

＊参考資料（活動記録、新聞・雑誌の切り抜き、チラシなど）があれば添付してください。

◆奨励賞の情報について、どちらから入手されましたか？（□に✓を入れてください。）

□ 保健所・保健センター 　□ 精神保健福祉センター 　□ 家族会 　□ 障害福祉サービス事業所

□ 医療機関 　□ その他（　　　　　　　　　　　　　）