＜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：	
＊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）	

◆選考の参考となる資料（活動記録、新聞・雑誌の切り抜き、チラシなど）を添付してください。

◆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（　　）