**＜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（　　　　　　　　　　　　　）