

高砂市アダプトプログラム推進事業 参加申込書

高砂市長 様

参加 申込者	団体名		
	代表者名		
	所在地	〒	
	連絡先 (郵便物等の送付先)	〒	高砂市
		氏名	
		電話番号／	
FAX／			
	E-mail／		

◆代表者又は連絡先が変更になった場合は、速やかに市民活動推進課にご連絡ください。

活動概要(箇所への記入又は該当する□にチェックをしてください。)

施設の 名称			
期間	年 月 日 から	年 月 日まで	
開始予定	年 月 日		
活動頻度	<input type="checkbox"/> 定期	・月 回 /	・毎月第1・2・3・4 () 曜日・第1・2・3・4 () 曜日
	<input type="checkbox"/> 不定期	・年 回程度	<input type="checkbox"/> 月 回を目途に実施 <input type="checkbox"/> 人数が確保できる日に実施
活動 登録人数	人	常時最低	人以上で活動
活動内容	<input type="checkbox"/> 散乱ごみの収集 <input type="checkbox"/> 除草 <input type="checkbox"/> 花の植栽及び花壇の手入れ <input type="checkbox"/> 収集ごみの運搬 <input type="checkbox"/> 遊具等施設の損傷、不法投棄などの情報提供 <input type="checkbox"/> その他()		
受給用具	<input type="checkbox"/> 鎌 <input type="checkbox"/> ほうき <input type="checkbox"/> ごみ袋 <input type="checkbox"/> 軍手 <input type="checkbox"/> ごみばさみ <input type="checkbox"/> その他()		
アダプトサインの設置希望	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	表示団体名	
	(掲載の希望があれば) 団体のスローガンなど		

※収集ごみについては、原則、参加者の各地域ごみステーションで処分してください。