**福岡市居住支援法人連絡協議会登録カード**

提出日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **居住支援法人名**  **（正式名称）** |  | | |
| **代表者** | **役職名** |  | |
| **氏名** | **フリガナ** | |
|  | |
| **住所** | 〒 | | |
| **電話番号** |  | | |
| **福岡県より**  **居住支援法人の指定を受けた日** | 令和　　　　年　　　月　　　日 | | |
| **福岡市居住支援法人連絡協議会に，会員として登録する方**  **（出席される方）** | 上記代表者を登録される場合は，記入不要です。 | | |
| **所属・役職名** | |  |
| **氏名** | | **フリガナ** |
|  |

**＊福岡市と連絡を取る際の連絡先**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **担当者** | **所属・役職名** |  |
| **氏名** | **フリガナ** |
|  |
| **電話番号** |  | |
| **メールアドレス** |  | |