

※3ページの『シラコバト賞推薦書』記入上の御注意』を確認し、ご記入ください。

第58回シラコバト賞 推薦書 [個人・団体]

(個人又は団体の該当する方に○を付けてください)

令和8年 6月 6日 (令和8年6月30日締切)

(宛先)

彩の国コミュニティ協議会 会長 大野 元裕 下記の者をシラコバト賞に推薦します。

Form for recommender details: (推薦者) 住所 〒312-3456 彩の国市埼玉1-2-1 電話番号 048-012-3456 (団体名・役職) (ふりがな) さいたま はなこ 氏名 埼玉花子

Form for assignee details: (担当者) 住所 〒312-0000 彩の国市埼玉1-1-1 電話番号 048-123-1111 内1234 氏名 ○○協議会 佐々木

※推薦の関係で御連絡させていただく場合がありますので、確実に連絡の取れるものを御記入ください。記

(推薦を受ける者)

(ふりがな) さいただいいちぼらんていあぐるーぷ 氏名または団体名 埼玉第一ボランティアグループ 連絡先または団体所在地住所 〒312-3456 彩の国市埼玉3-2-1 佐藤方

連絡先電話番号 048-001-2345

※住所はアパート名等も記入してください。団体所在地が個人の自宅の場合は「〇〇方」と記入してください。 ※個人を推薦する場合は、こちらを使用してください。 ※団体を推薦する場合は、こちらを使用してください。

Form for individual recommendation: 【個人】 生年月日 年齢 性別 職業 所属団体名・役職(※) ※団体に属して、対象となる活動をしている場合は、団体名を記入してください。

団体を推薦する場合は、【団体】の四角枠内を記入します。 (【個人】の四角枠内は記入不要)

Form for group recommendation: 【団体】 (ふりがな) さいた あやこ 代表者名 彩田 彩子 設立年月日(和暦) 平成14年10月1日 代表者住所(アパート名も記入してください) 〒312-3457 彩の国市埼玉5-4-6 代表者電話番号 048-000-1234 会員数 30名 会員構成 地域婦人会の有志

活動開始年月日(和暦) 平成15年12月1日 / 活動期間 22年 11か月 (令和8年11月1日時点)

対象となる活動(簡潔に記入してください)

独居高齢者を対象とした会食活動など、食生活の改善活動

活動地域 彩の国市内

活動頻度(該当するカッコ内の頻度に○をつけ下線部に記入をしてください。)

例 活動: 清掃活動 1 (年・か月 週間) に 2 回程度

活動: 会食活動 1 (年・か月 週間) に 1 回程度

活動: 講習会・料理教室 1 (年・か月 週間) に 2 回程度

活動内容及び地域への影響

(団体役員等の役員歴だけでなく、具体的な実践活動、地域への貢献等について300字以内で記入してください。)

Table with 10 columns: 食を通じた健康づくりや心のふれあいを目的として発、足した。第2水曜日に、地域の独居高齢者と会食、活動を行っており、工夫を凝らした料理と会食後の交流、会は参加者にお変喜ばれている。また、市内小中学校へ出向いての食の講習会や、月に2度地域住民を対象に公民館で行う料理教室などを通じて、食生活の改善、健康増進に多大な貢献をしている。

対象となる活動での他の受賞歴(多数の受賞歴がある場合は、活動内容に関わる主なものを記入してください。)

Table with 3 columns: 賞の名称, 受賞年月日, 受賞内容. Content: なし

備考欄(旧字体の文字の説明などに御利用ください。)

Blank box for additional notes.