

ともにEntranceネットワーク 加入組織募集要項

1 本ネットワークの趣旨

障がいのある人もない人も共に生きる“共生社会”づくりに関心を有する企業や組織等のネットワークを構築・活用することを通して、市民の障がい福祉に対する理解を深めることを目的とします。

2 加入条件

ネットワークに加入するにあたり、以下の条件を全て満たしていただく必要があります。

- ①共生社会づくりに関して具体的な取り組みを行っていること、または関心を有し今後取り組みたいと考えていること。
- ②法人格を有する組織またはそれに準じた組織であること。
- ③既定の年会費を支払うこと。
- ④反社会的な事業を行っていないこと。

3 加入後の活動内容やメリット等

本ネットワークは、共生社会づくりに関心がある民間企業をはじめとした組織や団体等が繋がる場を提供し、交流することを通して、行政と民間が協力し合っ
て共生社会をさらに推進していくことを目指しています。ネットワークに加入し
て頂いた後には、以下の取り組み等にご協力下さい。

(1) 公式ポスターについて

ネットワーク加入後に公式ポスターをお渡しします。そのポスターを人目につきやすいところに掲示くださいますようお願いいたします。ポスターを掲示することにより、共生社会について関心があったり、前向きに取り組んでいたりすることを対外的にアピールすることができます。

(2) 共生社会について知る・学ぶ機会の創出について

本市では「新潟市障がいのある人もない人も共に生きるまちづくり条例（共生条例）」や共生社会について、市職員が企業等を訪問させて頂き、講演会形式で説明させて頂く取り組みを無償で行っています。ネットワークに加入した際には、ぜひこの取り組みをご活用ください。

(3) 情報交換会の開催について

ネットワークに加入して頂いた企業等のご担当者様が一堂に会して交流する情報交換会を年1回程度開催する予定です。自社の取り組み内容についてアピールしたり、先進的な他社の取り組み内容について情報収集したり、場合によっては他の企業等とコラボレーションするきっかけを得ることもでき

ますので、奮ってご参加ください。なお、ネットワークに加入された際には、ネットワーク会員名簿をお渡ししますので、気になる取り組みを行っている企業等と後日直接コンタクトを取ることも可能です。

(4) 市公式ホームページ内における企業名の紹介

新潟市公式ホームページ内において、ネットワークに参加している企業等について紹介させていただきます。

4 入会を希望する場合

別紙加入申込書に必要事項を記載の上、新潟市福祉部障がい福祉課までご提出ください。内容を確認させて頂き、折り返しご連絡いたしますので、年会費の振込をお願いします。年会費の振込が確認できたのち、公式ポスターと加入組織名簿をお送りします。

なお、加入後に登録情報を変更する場合や、退会を希望される場合は下記事務局まで別途お問い合わせ下さい。

5 年会費

(1) 年会費の額について

1,000円(税込)

(2) 年会費の納入について

下記の口座に振り込んで下さい(振込手数料は振込側の負担となります)。

【銀行名】第四銀行 【支店名】新潟市役所出張所
【口座種別】普通口座 【口座番号】5005352
【口座名義】ともにEntrance実行委員会
実行委員長 肥田野 正明

(3) 注意点

- ・一度振り込まれた年会費については、年度途中でネットワークから退会した場合でも返金致しません。
- ・年度の途中から参加した場合でも年会費は上記の額となります。
- ・翌年度以降の年会費の振込については、時期が近づいた段階で別途ご連絡いたします。

6 事務局について

本ネットワークの運営は「ともにEntrance実行委員会(事務局:新潟市福祉部障がい福祉課)」が行います。

7 その他

- ・共生社会づくりに関して興味を有していないにも関わらず、営業活動等の目的でネットワークに参加することはご遠慮願います。また、市もしくは他の加入組織等に対し、本ネットワークを濫用する形で過度な営業活動や宣伝・要望活動、迷惑行為等を展開していることが判明した場合には、退会して頂きます。

【申込・問合せ先】

〒951-8550

新潟市中央区学校町通1-602-1

新潟市福祉部障がい福祉課

(電話) 025-226-1237

(FAX) 025-223-1500

(メール) shogai.wl@city.niigata.lg.jp

ともにEntranceネットワーク 加入申込書

年 月 日

ともにEntranceネットワークの趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

組織・団体名称
(フリガナ)
組織代表者の情報
氏 名 :
役職名 :
ご担当者様の情報
氏名 :
部署名 :
連絡先 : (電 話) (FAX) (メール)
書類等送付先
〒
確認事項 (□にチェックを入れて下さい)
<input type="checkbox"/> 別紙「ともにEntranceネットワーク加入組織募集要項」に記載されている内容について確認しました。
自由記述欄