

※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57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7年 6月 6日
(令和7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。

(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

(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	〇〇協議会 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) さいたま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

連絡先電話番号

048-001-2345

彩の国市埼玉3-2-1 佐藤方

※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。

【個人】	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)
生年月日	
年齢	
性別	男
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】	
(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13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14年12月1日 / 活動期間 22年 11か月(令和7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。)

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	を	対	象	に	会	食
活	動	を	行	っ	て	お	変	喜	ば	れ	て	い	る	。									交
会	は	参	加	者	に	大	変	喜	ば	れ	て	い	る	。									流
		また	、	市	内	小	中	学	校	へ	出	向	い	て	の	食	の	講	習	会	や	、	月
2	度	地	域	住	民	を	対	象	に	公	民	館	で	行	う	料	理	教	室	な	ど	を	通
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。)

賞 の 名 称	受 賞 年 月 日	受 賞 内 容
なし		

備考欄(旧字体の文字の説明などに御利用ください。)

--