

(参考様式3)

令和 年 月 日

活動回数減少に係る理由書

益城町長 様

団体名:

代表者:

益城町介護予防活動支援講師派遣事業対象団体登録台帳に登録されている当団体について、令和 年度における活動回数が減少した理由を、下記の通り報告します。

記

予定活動回数	
実際の活動回数	
週当たり活動回数	
活動減少の理由	※活動できなかった理由について、簡潔に記載してください

※この理由書は活動期間における活動実績が、週平均1回以下である場合に提出してください。

※週1回の活動とは、月4週(4回)×12か月=48回以上とします。