

益城町介護予防活動支援講師派遣事業対象団体登録申請書

年 月 日

益城町長 様

団体名
代表者名

介護予防活動支援講師派遣の対象団体として登録を希望しますので、益城町介護予防活動支援講師派遣事業実施要綱第3条の規定により、下記のとおり申請します。

記

代表者氏名			
団体名			
地区名			
活動場所			
活動内容 ※該当する番号に○を付けてください。(複数回答可)	1. 体操(運動)	2. 会食	3. 茶話会 4. 認知症予防 5. 趣味活動 6. その他()
参加対象	住民 ・ その他()		
	参加人数約 人	65歳以上75歳未満 75歳以上	名 名
活動頻度	<input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 隔週等() <input type="checkbox"/> 不定期 <small>※隔週等または不定期の場合、平均して週1回以上活動している必要があります。</small>		
活動曜日・時間帯	曜日 時 分～ 時 分		
参加料	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり		円
新たに参加したい場合の連絡先	電話番号：		
上記登録情報について、町ホームページ等で公表することに同意します。 年 月 日 署名(自著)：			

講師派遣調整等に 係る連絡先	(郵便番号 —)		
	氏名		
	電話	ファクシミリ	
	メールアドレス		
当該連絡先について、介護予防活動支援講師等、関係者に開示することに同意します。 年 月 日 署名(自著)：			