

様式第1号 (第3条関係)

上天草市一般介護予防事業「かよいの場」登録申請書

年 月 日

上天草市長 様

住所

氏名

次のとおり「かよいの場」の登録を申請します。

フリガナ	
団体名	
代表者名	〒 住所 氏名
電話：	携帯：
活動拠点名称	
活動拠点住所	
活動内容	・市が薦める介護予防活動 ・その他（ ）
活動経費	① 有（ 年・月・週 円） ・ 無
通いの場の開催頻度	毎週 回 曜日 時 分～ 時 分 曜日 時 分～ 時 分 その他（ ）
参加者数	人 男 人（うち65歳以上 人） 女 人（うち65歳以上 人）
参加条件	地域の方なら誰でも参加できますか？（ はい ・ いいえ ）
結成年月日	年 月 日（ 年 か月経過）
個人情報取り扱いについて	記載いただいた情報は、介護予防・健康増進事業以外の目的には使用いたしません が、ホームページやかよいの場の一覧表等に掲載させていただくことがあります ので、公開を希望しない箇所を○で囲んでください。 団体名、代表者名、代表者住所・電話・携帯、活動拠点名・住所、活動経費の有無、 かよいの場の開催頻度、実施場所、参加者数、結成年月日

※申請時に、「かよいの場」参加者名簿（様式第2号）を添付してください。