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） |
| 個人情報の取扱いについて | 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〇で囲んでください。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。