

介護予防リーダー養成講座 参加申込書

団体名： _____

代表者： _____

活動場所： _____

【確認事項】 当てはまる方に○をつけてください。

- ①地域に新たに、誰でも集まれる場を立ち上げる意欲がある。 (はい・いいえ)
- ②自治会館・集会所など、地域で集まる場所を持っている。 (はい・いいえ)
- ③地域で定期的に活動し、運動を実施することができる(原則週1回程度)。 (はい・いいえ)
- ④この講座に3分の2以上(7回以上)出席することができる。 (はい・いいえ)
- ⑤申込団体として、既に運動に取り組んでいる。 (はい・いいえ)
- ⑥ふれあいサロン(越谷市社会福祉協議会)に既に登録している。 (はい・いいえ)

	氏名	連絡先
1	(フリガナ)	住所：越谷市
		電話番号：
2	(フリガナ)	住所：越谷市
		電話番号：
3	(フリガナ)	住所：越谷市
		電話番号：
4	(フリガナ)	住所：越谷市
		電話番号：
5	(フリガナ)	住所：越谷市
		電話番号：

【申込方法】 この用紙をご記入の上、提出期限までに下記へ提出してください。**【提出期限】** 令和6年(2024年)8月23日(金)まで**【定員】** 8団体(申込多数の場合は、活動状況等を確認した上で選定となります。)**【問合せ・提出先】** 越谷市 地域包括ケア課 (第二庁舎1階)

☎048-963-9163