記入日　　　　年　　月　　日

**介護予防住民主体の通いの場登録書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団　体　名 |  | | |
| 代　表　者 | 氏名  住所：関市  電話番号　自宅：　　　　　　　携帯： | | |
| 活動場所 |  | | |
| 活動人数 | 人 | 参加費 | 円 |
| 活 動 内 容 | １．活動の頻度  ２．活動内容  ３．活動に関してお金の支援を受けていますか  　　受けていない　・　受けている  　　　　　　　　　　（どこから　　　　　　　　　　　　）  ４．活動に関して助言等の支援を受けていますか  　　受けていない　・　受けている  　　　　　　　　　　（どこから　　　　　　　　　　　　）  ５．関市介護予防実践リーダー養成講座の修了者の参加はありますか  　　な　し　・　あ　り（　　　人） | | |