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）　 |