

羽 昨 市 長

申請者
氏 名
住 所 〒
連絡先
団体名
代表者

羽昨市介護予防ポイント事業活動登録申請書

羽昨市介護予防ポイント事業の活動として登録を受けたいので次のとおり申請します。

活動団体名	
活動場所（会場名）	
開催日・時間	<p><定期> 毎月第 曜日 時間 : ~ : 毎週 曜日 時間 : ~ : <不定期> 年・月・週 回 時間 : ~ :</p>
活動内容	高齢者の介護予防・社会交流に関する活動が対象です。
平均参加者数	原則 65 歳以上の参加者が 5 人以上参加する必要があります。
参加費	
登録サイン	<p>介護予防ポイントカードに使用されるサインは活動団体ごとに登録したサインを使用してください。※ポイント付与の濫用防止のため （例）代表者の印（スタンプ可）、代表者の手書きサイン等</p> <p>登録するサインを枠内に押印または記載してください。（2種類まで可）</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px;"></div> </div>



*添付書類 羽昨市介護予防ポイント事業活動参加者名簿 [様式第3号] (裏面)

