

令和6年度 にこにこステップ運動講師派遣事業
にこにこステップお試し体験申込書兼同意書

令和 年 月 日

久留米市長 あて

(申込者) 団体名 _____
 代表者氏名 _____
 代表者住所(〒 _____)
 久留米市 _____
 代表者電話番号 _____
 連絡担当者名 _____
 連絡担当者住所(〒 _____)
 久留米市 _____
 連絡担当者電話番号 _____

次のとおりになこにこステップお試し体験を申し込みます。

団体について	団体登録者数	_____人	活動頻度	年 _____ 回 ・ 月 _____ 回 週 _____ 回 (いずれか1つ記入)
	現在の主な活動内容	<input type="checkbox"/> いきいきサロン活動 <input type="checkbox"/> 老人クラブ活動 <input type="checkbox"/> 自治会活動 <input type="checkbox"/> 自主グループ活動 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
		<input type="checkbox"/> 体操(運動) <input type="checkbox"/> 会食 <input type="checkbox"/> 認知症予防 <input type="checkbox"/> 趣味活動 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
希望日時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分			
開催場所 (小学校区)	名称	(_____ 小学校区)		
	所在地	_____	電話	_____
参加予定人数	_____ 人			
体験後の活動について	週1回のステップ運動は可能か? <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 分からない			

※希望日時がご希望に添えない場合がございます。ご了承ください。

【お申し込み・お問い合わせ先】久留米市 健康福祉部 長寿支援課
 電話：0942-30-9207 FAX：0942-36-6845