

品川区地域介護予防活動登録申請書

年 月 日

高齢者地域支援課長あて

下記のとおり品川区地域介護予防活動への登録を申請します。

記

グループ名	(ふりがな) ○○○○○○ ○○○○○○○		
代表者氏名	(ふりがな) しながわ はなこ 品川 花子	連絡先	090-1234-5678 ※日中連絡がつく連絡先を記載ください
代表者住所	(〒140 - 8715) 品川区広町2-1-36		
グループ人数	活動内容		
10人	体操、輪投げ		
活動日	活動場所		
第2・4金曜日	○○シルバーセンター他		

下記の確認事項をお読みいただき、確認後口にチェックをつけてください。

- 原則グループのメンバーのうち半数以上が品川区内に在住・在勤で自主的に運営している。
- グループのメンバーのうち半数以上が概ね60歳以上である。
- 概ね5人以上でグループでの活動をしている。
- 定期的にグループでの活動をしている。(概ね月1回以上)

※記入いただいた氏名等の個人情報は、品川区地域介護予防活動に関する目的以外に利用することはありません。