

都農町介護予防運動サポーター養成講座 受講申込書

記入日： 年 月 日

ふりがな			
氏 名			
生年月日	S・H	年 月 日生	(歳)
住 所	(地区：)		
電話番号 (携帯もある方は両方)		F A X	
E-Mail			
お持ちの資格等			
受講者要件 ※確認項目として、番号に ○を付けてください。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 都農町に在住で、運動制限のない方。 2. 事業に意欲があり、参加する動機を文書で提出できる方。 3. 認定後、介護予防運動教室等で指導や指導者の補助ができる方。 		
受講動機			

※この情報は、都農町介護予防運動サポーターとして認定された後、それを登録する内容となり、それ以外の目的には使用しません。