介護予防サポーター養成講座　申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 |
| 住　　所 | 坂戸市 |
| 電　　話 | 自宅 |  | 携帯 |  |
| お達者体操活動経験 | ・あり（グループ名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・なし |
| ボランティアとして活動できない日時に×印をつけてください。 |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 午前 |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |  |  |
| その他：活動をするにあたり、高齢者福祉課に伝えておきたいことがありましたらご記入ください。 |