様式第1号(第3条関係)

介護予防リーダー登録申込書

年　　　月　　　日

　(宛先)鴻巣市長

申請者　住所

氏名

　次のとおり、介護予防リーダーの登録を受けたいので、申し込みます。

　登録に当たっては、「鴻巣市介護予防リーダーズ事業実施要領」を遵守します。

|  |
| --- |
| ※会員番号 |
| (ふりがな) | 　 | 男 女 | 年　　　月　　　日生(　　歳) |
| 申込者 | 　 |
| 住所 | 電話番号 | 緊急連絡先氏名住所電話番号 |
| 勤務先 | 電話番号 |
| 講習 | 講習終了年月日　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 活動可能な時間帯すべて○をしてください。 | 時間 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 左の補足説明 |
| 午前６時から午前７時まで | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 午前７時から正午まで | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 正午から午後７時まで | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 午後７時から午後10時まで | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

　※記入しないでください。