

令和 年 月 日

自主活動支援申込書

(あて先) 八尾市健康福祉部高齢介護課長

申込者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

次のとおり、自主活動支援について申し込みます。

代 表 者	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ (同じ場合は下記の氏名・電話番号・住所の記入不要)			
	(ふりがな) 氏名		電話番号	— —
	住所	八尾市		
支援希望	河内音頭健康体操 ・ (大阪府式)わかわかごぼうトレーニング ・ ノルディックウォーキング			
グループ名	※グループ名があればお書きください。			
会場	※申込者で手配してください。		住所	八尾市

初回支援の希望日をご記入ください。 (以降4回目まで週1回または2回で連続した日程と、初回から3カ月後に1回となります。)				
第1希望	令和	年	月 日 ( )	午前・午後 時 分 ~
第2希望	令和	年	月 日 ( )	午前・午後 時 分 ~

貸し出しを希望する物品に○をつけてください。(貸し出し期間:初回支援日から3カ月間)	
河内音頭健康体操のDVD ※河内音頭健康体操のみ	DVDプレーヤー ※河内音頭健康体操のみ
おもり ※河内音頭健康体操のみ	ポール ※ノルディックウォーキングのみ

※DVDを観るためのテレビの貸し出しはありませんので申込者でご用意ください。  
 ※ノルディックウォーキングのポールの貸し出しについては、人数によってご希望に添えない場合があります。

裏面もご記入ください

		氏名	年齢	性別	住所
構 成 員	1	代表者		男・女	
	2			男・女	
	3			男・女	
	4			男・女	
	5			男・女	
	6			男・女	
	7			男・女	
	8			男・女	
	9			男・女	
	10			男・女	
	11			男・女	
	12			男・女	
	13			男・女	
	14			男・女	
	15			男・女	
	16			男・女	
	17			男・女	
	18			男・女	
	19			男・女	
	20			男・女	

※構成員に、満65歳以上の方5名以上が含まれている必要があります。

		氏名	年齢	性別	住所
構 成 員	21			男・女	
	22			男・女	
	23			男・女	
	24			男・女	
	25			男・女	
	26			男・女	
	27			男・女	
	28			男・女	
	29			男・女	
	30			男・女	
	31			男・女	
	32			男・女	
	33			男・女	
	34			男・女	
	35			男・女	
	36			男・女	
	37			男・女	
	38			男・女	
39			男・女		
40			男・女		

		氏名	年齢	性別	住所
構 成 員	41			男・女	
	42			男・女	
	43			男・女	
	44			男・女	
	45			男・女	
	46			男・女	
	47			男・女	
	48			男・女	
	49			男・女	
	50			男・女	
	51			男・女	
	52			男・女	
	53			男・女	
	54			男・女	
	55			男・女	
	56			男・女	
	57			男・女	
	58			男・女	
	59			男・女	
	60			男・女	