**日南市介護予防推進サポーター養成講座申込書**

**申込日：令和　　　年　　　月　　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな** |  |
| **氏名** |  |
| **生年月日** | **Ｓ　・　Ｈ　　　　　年　　　　月　　　　日生　　（　　　歳）** |
| **住所**  **（地　区）** | **日南市**  **（地区：　　　　　　）** |
| **電話番号** |  |
| **申し込み**  **動　機** |  |
| **受講者要件** | 確認のため、下記に　　　　　☑　　　　　　　　　　チェックをしてください。  **□　日南市に在住の方**  **□　高齢者の健康づくりに関心がある**  **□　養成講座修了後、サポーターとして活動できる**  **※委嘱後は「日南市介護予防推進協議会」会員として、ボランティア精神を持って、活動を行って頂くことになります（報償費の支給あり）。**  **□　普通運転免許のある方** |
| **資格等** |  |

※記載事項は介護予防推進サポーターとして認定された場合、日南市長寿課で登録される内容となります。

※登録内容は介護予防推進サポーターの活動目的以外に使われることはありません。