

令和 年 月 日

熊本市長 様

申請団体

指定 NO. _____

団体名称 _____

代表者氏名 _____

代表者住所 _____

代表者連絡先 _____

熊本市介護保険サポーター・ポイント制度 受入機関活動内容等変更届 (介護予防サポーター用)

熊本市介護保険サポーター・ポイント制度の活動内容等変更について、下記のとおり活動内容等を変更します。

記

<input type="checkbox"/> 介護予防サポーターに求める活動	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 体操（運動） <input type="checkbox"/> 会食 <input type="checkbox"/> 茶話会 <input type="checkbox"/> 認知症予防（脳トレ等） <input type="checkbox"/> 健康チェック <input type="checkbox"/> 健康講話・出前講座 </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> レクリエーション <input type="checkbox"/> 軽スポーツ <input type="checkbox"/> 物づくり（手芸等） <input type="checkbox"/> カラオケ <input type="checkbox"/> その他 （ ） </div> </div> <p style="text-align: center;">※変更後の活動枠全てに<input checked="" type="checkbox"/>点を入れて下さい</p>
<input type="checkbox"/> 受入人数	（ ） 名程度受入可能
<input type="checkbox"/> 代表者/代表者連絡先	
<input type="checkbox"/> スタンプ管理者/管理者連絡先	
<input type="checkbox"/> 受入担当者/担当者連絡先	

《提出先》

〒860-8601（市役所専用郵便番号） ※この郵便番号を記載すれば住所記載省略可
 熊本市中央区手取本町1-1 熊本市役所介護保険課 総務企画班
 TEL：096-328-2347

