

地域運動支援員養成講座 申込書

令和 年 月 日

(宛先) 緑区役所高齢介護課

住所：さいたま市緑区中尾 9 7 5 - 1

電話：0 4 8 - 7 1 2 - 1 1 7 8

FAX：0 4 8 - 7 1 2 - 1 2 7 0

地域運動支援員養成講座を受講するため、次のとおり申し込みます。

ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日		
氏 名		年 齢	歳	性 別	男 ・ 女
住 所	〒 ー さいたま市 区				
電 話 番 号	()				
緊急連絡先	() 氏名： 続柄：				
応募理由：					
下記の事項を確認されましたら、□に✓を記入してください。 ☐ 養成講座の受講にあたり、医師等から運動を禁止されていません。 ☐ 自己の責任において健康を管理して受講します。健康状態に変化が生じた場合、講座責任者等の指示に従います。 ☐ 市が収集した個人情報については、個人情報の保護に関する法律に基づき、講座の円滑な実施に必要な範囲で市が適切に使用すること、また介護予防事業に関わる他の実施機関（事務の委託を受けた者や地域包括支援センター）に提供することに同意します。 ☐ 当日に発熱や不調がみられる方は講座に参加できないことに同意し、講座責任者等から参加の可否について別途指示があった場合も従います。 ☐ 講座の参加に関しては、講座責任者等の指示に従います。講座責任者等の指示に従わない場合は、受講をご遠慮いただくことがあります。 ☐ 定員を超えるお申込みがあった場合は、選考とさせていただきます。					

受付者使用欄

受 付 日 ： 令和 年 月 日（受付者： ）

備 考 ：