

大分市民健康づくり運動指導者協議会主催

「介護予防サポーター」「市民健康づくり運動指導者養成講座」申込書

希望する講座に○印を付けてください

( ) 介護予防サポーター ・ ( ) 運動指導者養成講座(介護予防サポーター含む)

希望する会場に○印を付けてください

( ) 東部会場 令和 6年 4月 8日(月)～令和 6年 7月 8日(月)

( ) 中央会場 令和 6年 9月 9日(月)～令和 6年12月 9日(月)

受講申込書

(ふりがな) 氏名
生年月日 昭和・平成 年 月 日 歳 (性別：男・女)
自宅住所 〒 大分市
自宅電話
携帯電話(講座の変更連絡等に必要ですので、お持ちの方は必ずご記入ください)
所属団体(加入者のみ)  所属団体電話
健康状態 (運動される上で医師等から注意されている点があればご記入ください)
志望動機
上記のとおり申し込みます  令和 年 月 日  氏名

※ 申込書に記載された個人情報は本件以外では使用しません。

〒 大分市大手町3丁目6-15(いきいき健康館内)

TEL:097-514-3622 FAX:097-514-3654

【郵送又はfaxでお申込み下さい。Faxの場合は確認の電話をお願いいたします。】