

受付番号

年 月 日

(宛先) 大田区長

【チーム代表者】 所在地 _____
 事業者名 _____
 氏 名 _____

おおた介護予防応援事業 参加申請書

下記のとおり、おおた介護予防応援事業への参加を申請します。

記

【利用者情報】

フリガナ		住所	※住所は町名までで結構です。
氏 名			
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)	性別	男 ・ 女

【参加事業所（チーム）情報】

チーム代表者（とりまとめ事業者）

事業者名		事業者番号	
		サービス種別	
所在地		電話番号	
e-mail		担当者	

チームメンバー①

事業者名		事業者番号	
		サービス種別	
所在地		電話番号	
e-mail		担当者	

チームメンバー②

事業者名		事業者番号	
		サービス種別	
所在地		電話番号	
e-mail		担当者	

(裏面に続く)

チームメンバー③

事業者名		事業者番号	
		サービス種別	
所在地		電話番号	
e-mail		担当者	

チームメンバー④

事業者名		事業者番号	
		サービス種別	
所在地		電話番号	
e-mail		担当者	

チームメンバー⑤

事業者名		事業者番号	
		サービス種別	
所在地		電話番号	
e-mail		担当者	

【追加情報欄】

協力団体・グループ情報

上記の参加事業者（チーム）以外に、利用者への支援や協力に関わっているインフォーマルな団体・グループに関する情報は、以下のとおりです。（個人は除く）

団体・グループ名		活動内容	
団体・グループ名		活動内容	
団体・グループ名		活動内容	
団体・グループ名		活動内容	
団体・グループ名		活動内容	

受付