

(宛 先) 寒 川 町 長

寒川町介護予防講師派遣事業利用（変更）申請書

団体・グループ名	
代表者氏名	(役職名)
住 所	(TEL)

次のとおり、寒川町介護予防講師派遣事業の利用（変更）を申請します。

開催希望日	
希望時間	
予定人数	人
予定会場	寒川町
特 記	<input type="checkbox"/> (1) 運動機能向上 <input type="checkbox"/> (2) 認知症予防

※団体・グループの概要・活動内容などが分かる書類を添付していただくことがあります。

※次の場合は、介護予防講師の派遣をお断りする場合があります。(1) 公の秩序又は善良な風俗を害するおそれがあるもの (2) 政治、宗教又は営利を目的とすること (3) 本事業の目的に反すると認めるもの
また、虚偽の申請によって介護予防講師の派遣を受けた場合、派遣にかかった費用について返還を求める場合があります。