

様式第 3 号(第 6 条関係)

年 月 日

中能登町長

介護予防活動団体等登録申請書

介護予防活動団体等として登録をしたいので、中能登町介護予防ポイント制度
実施要綱第 6 条第 1 項の規定に基づき申請します。
記

団体等の名称	
代表者の氏名	
所在地	中能登町
電話番号・FAX	TEL () FAX ()
e-mail	
事業内容	
活動場所(※)	
活動日(※)	
活動時間(※)	

(※)地域の通いの場等は活動場所、活動日、活動時間を明記してください。

代表者及び代理者の印

代表者印	⑥	代理者印	⑥ ⑥
------	---	------	-----