|  |  |
| --- | --- |
| 推薦調書（活動団体の概要） | |
| 表彰要件  どれか1つに〇 | **１**　週1回以上の継続性のある効果的な介護予防活動を1年以上実践し、かつ多様な活動にも取り組む団体  **２**自立した生活を実現するために、月1回以上の多様な活動を３年以上取り組む団体  3　週１回以上の継続性のある効果的な介護予防を10年以上実践している団体。  ※団体発足の日から令和8（2026）年2月19日の大会当日までを活動期間とする。 |
| 団体名・  活動場所 |  |
| 活動責任者 |  |
| 事業の  開始時期・  組織の  設立年月 | 平成・令和　　年　　月　　日  （活動休止時期があればご記入ください） |
| 活動状況  活動状況 | 活動頻度（あてはまるものどちらかを○で囲んでください）：　毎週　・　毎月  その他（　　　　　　　　　　　　）  活動曜日：原則　（　　　）曜日  活動時間：午前・午後（　　　　　　　　）  活動人数：概ね　（　　　　　　　　　）人  体操実施の有無：　　無　・　有  （体操名：　　　　　　　　　　　　　　　　　）  連携団体：あればお書きください（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 主な活動内容  （貴団体の  紹介文になります。） |  |
| 活動にあたり  創意・工夫して  いる点 |  |
| 活動内容の  わかる資料　等 | 添付する関係書類（添付する関係書類に■を表示してください）   * 申請する活動の実施計画　□実施団体の規約、関係書類など * その他活動状況の分かるもの（写真・会報誌・会員への周知文書等） |
| その他 | （あてはまるものどちらかを○で囲んでください）  補助金・助成金授与  無・有（支援団体名：　　　　　　　　　　　） |

※活動内容のわかる資料等は、この用紙と同時にご提出ください。