|  |
| --- |
| 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。