

令和6年度 京都市いきいき筋トレボランティア養成講座 申 込 書

ふりがな 氏 名		生年月日 年 月 日 歳	
住所 〒		学区名 ※元学区 学区	
自宅電話番号	FAX番号		
携帯電話番号	メールアドレス		
ご希望のコースに○を付けてください Aコース（9月からの金曜日） Bコース（1月からの木曜日）			
本講座に申し込まれた動機をご記入ください			
本講座受講後、「いきいき筋トレボランティア」としてどのように活動したいかを具体的に ご記入ください			
現在、何か地域活動をしておられますか？ <input type="checkbox"/> はい → 該当する番号に○を付けてください <input type="checkbox"/> いいえ 1 学区社協 2 自治連合会 3 健康づくりサポーター 4 その他（具体的に）			
活動できる予定をご記入ください <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1～2回 <input type="checkbox"/> その他（具体的に）			
現在、医師等から運動の制限を受けておられますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			