

# 令和7年度 京都市いきいき筋トレボランティア養成講座 Bコース 申 込 書

|                                                                                                                                                   |         |                    |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|--|
| ふりがな<br>氏 名                                                                                                                                       |         | 生年月日<br>年 月 日<br>歳 |  |
| 住所 〒                                                                                                                                              |         | 学区名 ※元学区<br>学区     |  |
| 自宅電話番号                                                                                                                                            | FAX番号   |                    |  |
| 携帯電話番号                                                                                                                                            | メールアドレス |                    |  |
| 本講座のことを何で知りましたか？ 該当する番号に○をつけてください<br>1 市民新聞 2 京都新聞 3 長寿すこやかセンターホームページ<br>4 チラシ 5 友人・知人からの勧誘<br>6 その他（ ）                                           |         |                    |  |
| 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<br>ご記入ください                                                                                              |         |                    |  |
| 現在、何か地域活動をしておられますか？<br><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<br>1 学区社協 2 自治連合会 3 健康づくりサポーター<br>4 その他（具体的に ） |         |                    |  |
| 活動できる予定をご記入ください<br><input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1～2回<br><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？<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                              |         |                    |  |