

様式第1号（第2条第2項関係）

令和 年 月 日

小豆島町長 殿

グループ名  
申請者  
代表者名

小豆島町介護予防グループ活動認定申請書

小豆島町介護予防グループ活動事業を実施したいので、次のとおり認定されるよう関係書類を添えて申請します。

記

- 1 グループの名称
- 2 グループの所在地
- 3 グループの概要

代表者	
会員数	
会員の要件	
グループ活動の拠点	
オリーブ健康塾の修了者 又は介護予防支援ボランティアの登録者	