

<p>サロン運営のスタッフのことです。住所・年齢要件は問いません。通常の活動に参加できる方の名前を書いてください。</p>	団体名	シニアサロンちゅうおう			
	事業の目的	区内高齢者の生きがいつくりと情報交換の場を提供する			
	代表者住所・氏名・連絡先	代表者：中央 花子 〒104-0042 中央区入船9-1-〇 電話・FAX：3546-57×× メール： chuohana@shinia.jp 実施主体：〇〇株式会社			
	実働構成員氏名（代表者を除く。）	東京 みや子、関東 俊郎、漢 清美、佃 島子			
<p>年間24回（月2回）以上となるよう、年末年始等は調整してください。ただし、普段の活動は曜日・週を固定するようにしてください。</p>	活動拠点（区施設の利用を希望する場合のみ記入）		区施設名	室名	活動時間
		第1希望			午前・午後・夜間
		第2希望			午前・午後・夜間
		第3希望			午前・午後・夜間
<p>活動開始月により、運営費補助金の上限額が決定します。</p>		活動日（定例）	第1・第3火曜日（1月は第3・第5火曜日）		
		活動開始予定日	令和7年 4月 2日		
<p>1回当たり5名以上の高齢者の参加を見込んでください。</p>	活動概要	活動時間（基本）	10時から12時まで		
		活動拠点	所在地：中央区入船〇-〇-〇 名称：入船〇〇ホール 広 さ：〇〇㎡ 自己所有又は他人所有：他人所有		
		参加者数（予定）	1回当たり 10人		
		年間活動回数（予定）	延べ24回		
		参加者を募る工夫	チラシを作成し、構成員の住むマンションに配布・掲示		
<p>多くの高齢者に参加してもらうための、ご自身の交流サロン（通いの場）の存在をPRする方法をお書きください。</p>		活動内容	季節の歌を歌う、ラジオ体操、折り紙、季節の手芸 営利を目的とした活動ではありません。		

・メールアドレスをお持ちの場合はご記入ください。

・運営する主体が民間企業や団体の場合、企業名・団体名を記入してください。

活動は1回につき1時間以上としてください。

活動拠点を区施設とする場合は記入不要です。区施設以外を活動拠点とする場合のみ、ご記入ください。

ただし、活動を行うために十分なスペースを有する室内であることとします。

・介護予防につながる軽い体操や脳トレ、歌やレクリエーションなどを取り入れた活動内容としてください。

・通いの場では、営利を目的とした活動を行うことはできません。活動内容欄にその旨をご記入ください。

※活動開始月や実施予定回数など、内容に変更があった場合は補助金を返還していただく場合もございますのでご了承ください。