

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。

年間 2 4 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。

活動開始月により、運営費補助金の上限額が決定します。

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。

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 P R する方法をお書きください。

メールアドレスをお持ちの場合はご記入ください。

活動は 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。

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	〒104-0042 中央区入船9-1-〇 中央 花子 電話・FAX：3546-57×× メール：chuohana@shinia.jp			
実働構成員氏名（代表者を除く。）	東京 みや子、関東 俊郎、澁 清美、佃 島子			
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
活動概要	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 3 年 4 月 2 日		
	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		
	活動内容	季節の歌を歌う、ラジオ体操、折り紙、季節の手芸		

※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。