|  |  |
| --- | --- |
| **ＦＡＸ送信用**熊本県長寿社会局認知症対策・地域ケア推進課　地域ケア推進班　（ロコモ予防担当　）宛てＦＡＸ：０９６－３８４－５０５２（送信表は不要です） | 所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご担当者名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**熊本県ロコモ予防応援団登録申請書**

次のとおり「熊本県ロコモ予防応援団」の登録を申請します。

※記入いただいた内容は、ホームページに掲載予定です。　　記入日：令和　年　　月　　日（　　）

**FAX番号**

**医療機関・施設・**

**団体名・代表者名**

**住　所**

（〒　　　　　－　　　　　　　　　　　）

**電話番号**

|  |
| --- |
| 【ロコモ予防応援団の要件】※県内の医療機関又はロコモ予防に関わる高齢者施設、事業所、住民主体の通いの場等において、普及啓発のために下記の協力を要件とします。（１）本県が配布した登録マーク（ステッカー）を受付等に掲示する。（２）ロコモ予防ＤＶＤを待合室等で放映する。（３）ロコモ予防のリーフレット及びパンフレットを備え付ける。（４）市町村等からロコモ予防に関する相談があった際は可能な範囲で助言を行う。（５）本県が実施するロコモ予防の取り組みに協力を行う。　　（※　（５）は医療機関又はリハビリテーション専門職のいる施設のみ） |