

備考		整理番号			受付年月日		受付印	
----	--	------	--	--	-------	--	-----	--

エリアトレーナー（認定ストレスケア・トレーナー）

活動の連絡場所申請書

ふりがな			
申請者	(氏)	(名)	申請者印
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日生	年齢 満 歳
ふりがな			
申請 住所	〒		
電話		FAX	
携帯電話		E-mail	

施設 形態	<input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 店舗 <input type="checkbox"/> 公共施設 <input type="checkbox"/> その他
----------	--

<p>内容</p> <p>※期待される効果を明確に記述すること</p>	
-------------------------------------	--

活動内容（予定・既成）について。

（1）以下に記入して下さい。

対象者	
届出電話番号	
稼働時間	
稼働日数および 稼働曜日	
休日	
訪問先（企業、地方公 共団体、その他団体）	
バックアップ体制	

必要な情報を BTU オフィシャル HP に掲載します。

（2）以下、該当するものにチェックして下さい。

1. 中心的な活動を選んでください（複数回答可）

- スマイルステップ活動（受動期から能動期への働きかけ）
- 企業や団体などへのセミナー講演会（自己成長領域・脳力アップ）
- 児童に関する支援活動（学校、子育て支援センターなど）
- 障害を持つ人や福祉関係（高齢者ケア・社会福祉）
- 医療関係（患者や職員、入院者の家族など）
- その他（)