

【申し込み先】春日市高齢課高齢者支援担当へ提出
FAX : 584-3090 または Email : kourei@city.kasuga.fukuoka.jp

令和 年 月 日

春日市長 宛

団体名 ()

代表者名 ()

令和7年度 地域リハビリテーション活動支援事業
(地域介護予防教室) の申し込みについて

今回、健康づくりの一環として、地域で介護予防教室の実施を考えております。
つきましては、下記の内容で講師の派遣を申し込みます。

記

- 1 希望する介護予防教室の内容 (□に✓をつけてください)
□元気アップコース(運動器の機能向上) □脳の若返りコース(脳の活性化)
- 2 開催希望回数(□に✓をつけてください) : □3回 □4回
- 3 日時 (1回目~3または4回目の日程と開始時刻を記入してください)
※事前打合わせの日程は後日調整のご連絡をいたします。

事前打合わせ	概ね1時間の予定です。【決定日時: 月 日() 時 分~】			
1回目	令和	年	月 日 (曜日)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">開始時刻</div> 午前・午後 時 分から1時間
2回目	令和	年	月 日 (曜日)	
3回目	令和	年	月 日 (曜日)	
4回目	令和	年	月 日 (曜日)	

4 場所 : () 公民館・その他 () 駐車場: □有 □無

5 派遣対象先 (□に✓をつけてください)

□ふれあい・いきいきサロン □シニアクラブ □自治会関係

□コミュニティカフェ □その他の登録団体

6 参加予定人数
高齢者 () 人 役員・ボランティア等 () 人 合計 () 人

7 ご要望や特記事項等(希望があれば講師名)がありましたら、記入してください。

8 申請者 氏名 ()
 電話番号 ()
 FAX番号 または Email アドレス
 ()

高齢課受付印