（様式２）

【申し込み先】春日市高齢課高齢者支援担当　窓口またはFAX：５８４－３０９０

令和　　　年　　　月　　　日

　春日市長　宛

　　　　　　　　　　　団体名（　　　　　　　　　　　　　　）

代表者名（　　　 　　　　　　　　　　 ）

令和６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   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 事前打合わせ | 概ね１時間の予定です。　※後日、日程調整のご連絡をいたします。 | | | １回目 | 令和　　　年　　　月　　　日　(　　　曜日 ) | 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  □地区カフェ　　　　　　　　　　 □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。  氏　名 （　　　　　　　　　　）  電　話 （　　　　　　　　　　）  F A X （　　　　　　　　　　）   * **日程調整等で直接ご連絡いたしますので、**   **日中、連絡のとれる番号をご記入ください。**  ８ 申請者  高齢課受付印 |