

【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。

8 申請者 氏 名 ( )

電 話 ( )

※ 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。

F A X ( )

高齢課受付印

Stamp box for the elderly course reception.