

令和 年 月 日

長寿包括ケア課長

団体名

団体分類 サロン・老人会・自治会・体操クラブ

その他( )

代表者名

(電話 ー )

職員派遣について(依頼)

1	日時	令和 年 月 日( )		時 分～	時 分	
2	会場					
3	会場住所					
4	参加予定人員					
5	カテゴリー□フレイル予防	申込テーマ1つに○をご記入ください			フレイルチェック	
		① 運動	( )	所要時間 10分程度 希望あり 希望なし ( ) ( )		
		② 口腔	( )			
		③ 栄養	( )			
	④ 認知症	( )				
カテゴリー□体操のポイント	⑤ ピンシャン!元気体操	( )				
6	物品準備 (該当に○)	椅子 : あり・なし		机 : あり・なし		
		CDプレーヤー : あり・なし		プロジェクター : あり・なし		
		ホワイトボード・黒板 : あり・なし		駐車場 : あり・なし		
7	特記事項					
8	連絡先	氏名 :	電話 :			

受付日:

※必要事項について記入してください。