

介護予防出前教室 実施申込書

希望日を実施団体と調整し、実施日を決定させていただきますので、以下の必要事項をご記入のうえ、市役所高齢福祉担当または佐渡市社会福祉協議会担当へFAXまたは窓口までお申し込みください。
日程調整をするにあたり、申込者（代表者）へご連絡させていただきます。

1 申請団体

申込日	令和 年 月 日 ()
申込者・電話番号	電話番号
地域名	
団体名	
会場名	
参加予定人数	人(おおまかな人数)

2 希望する教室(○印を記入してください)

<input type="checkbox"/>	太鼓教室(サードフィールドさど)	<input type="checkbox"/>	はつらつ教室(えんや)
<input type="checkbox"/>	音楽健康セッション(第一興商)	<input type="checkbox"/>	はつらつ健康教室(スポーツ協会)
<input type="checkbox"/>	家族介護教室(介護福祉士会)	<input type="checkbox"/>	認知症サポーター養成講座
<input type="checkbox"/>	ゆいノート出前講座	<input type="checkbox"/>	しゃきつと教室出前講座

※ この他の教室については、実施団体へ直接お申し込みください。

3 実施希望日

	希望する日・時間	備考
第1希望	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	
第2希望	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	

4 その他の希望事項

[]

市役所・社協記入欄

受付		講師調整	
----	--	------	--