

申込日 平成 年 月 日

## 介護予防出前講座 申込書

団体名	
代表者名	
電話番号	

### 1. 希望日時

	月 日	時 間
第1希望	平成 年 月 日( )	時 分から 時 分
第2希望	平成 年 月 日( )	時 分から 時 分
第3希望	平成 年 月 日( )	時 分から 時 分

2. 実施会場 ( )

3. 参加予定人数 約( )人

4. 講話内容（希望の内容に○、またはご記入ください）

介護予防全般 ・ 佐倉ふるさと体操 ・ 佐倉わくわく体操 ・ 佐倉歯ッピ体操 ・  
運動 ・ 口腔ケア ・ 栄養 ・ 物忘れ予防 ・ 脳の元気力チェック ・ その他

( )

\* 日時・内容等詳細については、後日、担当よりご連絡させていただきます。

〈お問い合わせ先〉

佐倉市役所 高齢者福祉課 包括ケア推進班 電話:484-6343  
FAX:486-2503