

申込日 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 (ご希望の1カ月前までに申込書を提出してください)

	月 日	時 間
第1希望	年 月 日()	時 分から 時 分
第2希望	年 月 日()	時 分から 時 分
第3希望	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 ・ 佐倉歯ッピー体操 ・
運動 ・ 口腔ケア ・ 物忘れ予防 ・ フレイル予防

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。

FAXでお申し込みの場合は、受信確認をいたしますので、ご一報くださいますようお願いいたします。

〈お問い合わせ先〉

〒285-8501 千葉県佐倉市海隣寺町97番地
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