

高齢福祉室 支援グループ 介護予防担当 宛

いきいき百歳体操おためし講座 依頼書

団体等の名称

代表者の氏名

住 所

電話番号

下記のとおり、「いきいき百歳体操」おためし講座を依頼します。

団体等の名称 及び 普段の活動内容	名 称 :	活動内容の例 ・自治会活動 ・高齢クラブ ・サークル活動 ・新設グループ
	活動内容:	
場 所	会場名 :	※会場が市立施設の場合は住所不要
	住 所 :吹田市	
希望日	第一希望	年 月 日() 時 分 ~ (約1時間)
	第二希望	年 月 日() 時 分 ~ (約1時間)
参加予定人数		人 (うち65歳以上 人)
備考		*代表者と連絡担当が異なる場合は(氏名、連絡先)をご記入ください。 氏名: 連絡先: