

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 活動支援講座 依頼書

グループ名

代表者名

住 所

電話番号

週に1回3か月以上、グループで集まって自己の責任において健康管理を図り、良好な状態で参加しますので、下記のとおり活動支援講座を依頼します。

場 所	施設名 : 住 所 : 吹田市 ※市立施設の場合は住所不要 【場所の条件】①~③の条件をすべて満たす必要があります。 ① 参加人数分の椅子があること。 ② 参加人数の方が両手を広げて体操できる広さがあること。 ③ DVD を見ることが出来る機材等がある、又は、1か月以内に準備できること。
活動支援講座 希望日時	1回目 月 日 () 午前・午後 : ~1時間半 2回目 月 日 () 午前・午後 : ~1時間半 3回目 月 日 () 午前・午後 : ~約1時間 4回目 月 日 () 午前・午後 : ~約1時間
参加予定人数	人 (内65歳以上 人)
グループ・会場 で用意済の物品	<input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> DVDプレイヤー <input type="checkbox"/> その他 ()
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: