（様式第 11 号）

年　　月　　日
（　　年）

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

週に１回以上で３か月以上、グループで集まっていきいき百歳体操を行います。下記のとおり活動支援講座を依頼します。

活動内容記入例
・自治会活動
・高齢クラブ
・趣味の集まり
・新しく作った

グループ名	
普段の活動内容	
参加予定人数	人　（内 65 歳以上　　人）
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 を見ることができる機材等がある、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
グループ・会場で用意済の物品	□パソコン　□テレビ　□プロジェクター　□スピーカー □DVD プレイヤー　　□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：

令和５年９月