

令和 年 月 日
(20 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

団体等の名称

代表者の氏名

住 所

電話番号

週に1回以上で最低3か月間、5人以上のグループで「いきいき百歳体操」を行いますので、下記のとおり活動支援講座を依頼します。

団体等の名称 及び 普段の活動内容	名 称 : 活動内容 :	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
場 所	会場名 : 住 所 : 吹田市 ※会場が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、活動支援講座の4回目までに準備できること。	
活動支援講座 希望日時	1回目 月 日 () 時 分 ~ (約1時間半) 2回目 月 日 () 時 分 ~ (約1時間半) 3回目 月 日 () 時 分 ~ (約1時間) 4回目 月 日 () 時 分 ~ (約1時間)	
参加予定人数	人 (内、65歳以上 人)	
DVD視聴用 機材	・DVDプレイヤー (既にある ・ 4回目までに準備する) ・テレビ (既にある ・ 4回目までに準備する) ・プロジェクター (既にある ・ 4回目までに準備する) ・パソコン (既にある ・ 4回目までに準備する)	

裏面あり

<p>連絡先</p> <p>※最低1名ご記入 ください。</p>	<p>① 氏 名：</p> <p>電話番号：自宅・携帯（ ） —</p> <p>② 氏 名：</p> <p>電話番号：自宅・携帯（ ） —</p>
<p>その他 連絡事項</p>	

※高齢福祉室使用欄

依頼書受領 令和 年 月 日 システム入力 令和 年 月 日

回数	日程 開始時刻	訓練職	保健師 看護師	機材
1回目	/			P C : 支援G 包括 グループ 会場 プロジェクター : 支援G 包括 グループ 会場 DVDデッキ : 支援G 包括 グループ 会場 テレビ : 支援G 包括 グループ 会場
2回目	/			P C : 支援G 包括 グループ 会場 プロジェクター : 支援G 包括 グループ 会場 DVDデッキ : 支援G 包括 グループ 会場 テレビ : 支援G 包括 グループ 会場
3回目	/			P C : 支援G 包括 グループ 会場 プロジェクター : 支援G 包括 グループ 会場 DVDデッキ : 支援G 包括 グループ 会場 テレビ : 支援G 包括 グループ 会場
4回目	/			P C : 支援G 包括 グループ 会場 プロジェクター : 支援G 包括 グループ 会場 DVDデッキ : 支援G 包括 グループ 会場 テレビ : 支援G 包括 グループ 会場