「健康講座」申込書

申込先：FAX番号　　０９３－５２２－８７７３　　（認知症支援・介護予防センター）

※希望日の2か月前までにお申し込みください。

受付番号：　　　　（　　　）　（圏域：　　　　　　校区：　　　　　）　　サロンカルテ番号（新・　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　初回・２回目以降（　　　　　回目）

**【申込内容】 太枠の中をご記入ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| グループ名 | 名称： | 参加人数  （予定） | 人 |
| 実施場所 | 会場：  【住所】 | | |
| 血圧測定の希望 | 血圧測定　（　あり　・　なし　） | | |
| 希望日時 | 年　　　　　　月　　　　　　日　　(　　　　曜日)  　　　　　　　　　時　　　　　分　　～　　　　　　時　　　　分 | | |
| グループについてお尋ねします。 | | | |
| 現在の活動内容  （概要） | ・体操　（運動）　　　　　　　・会食　　　　　　　　・茶話会  ・認知症予防　　　　　 　　・趣味活動  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 開催頻度 | 定期開催　・　不定期（備考：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 活動日時 | 毎月（第　　　週　　　曜日） ・ 毎週（　　　曜日）　・　毎月　　　日  時間（　　　　　時　　　　分　～　　　　時　　　　　分） | | |
| 活動期間 | 1年未満　　　　・　　２～４年　　　　　・　　　5年以上（　　　　　　　　　　年） | | |

代表者の方の情報（連絡先）をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込者  氏名 | （ふりがな） | |
| 電話番号 | ―　　　　　　　（携帯：　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 備考 |  | FAX： |

※お問い合わせは、下記まで

認知症支援・介護予防センター　「健康講座」　担当　　　TEL　０９３－522－8765