

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

## 「健康講座」申込書

※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