

FAX 送信先 : (093) 522-8773



公園で健康づくり出前教室 申込書



みなさんが活動するグループや講座に、専門の指導者が出向き、健康遊具を活用した介護予防運動の指導を行います。講師派遣について、必要事項をご記入後、下記の申し込み先まで郵送又はFAXで送付してください。後日、教室担当者（NPO 法人北九州スポーツクラブ連絡会）より、日時等の調整のご連絡をさせていただきます。なお、日時等について、ご希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。

〔派遣希望内容〕 受付番号： 受付日： 月 日（ ） 受付者：

| | | | |
|--------------------|---|---------------|----------------------------------|
| 派遣希望日時 | 年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分 (分間) | 実施場所 | 公園 〔公園の住所〕 ※わかる範囲で記入 (区) |
| 実施する運動グループ (概要) | (例) 市民センター講座・社協サロン など | | |
| 参加者の概要 | (例) ○○町内老人会の会員 など | 参加者人数 (予定) | 人 |
| 利用のきっかけ | ※該当するものに○を付けてください。複数回答可。 チラシ ・ HP ・ 公園で健康づくり普及員の紹介 ・ 健康づくり推進員の紹介 市民センターの紹介 ・ 保健師の紹介 ・ その他 () | | |

〔申込者情報〕 ※代表者（連絡先）の方の情報をご記入ください

| | | | |
|-----------|---|--------|-------|
| 申込者氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 住所 | 〒 ー 北九州市 | | |
| 対応可能な連絡手段 | 電話 ・ 携帯電話 ・ FAX ・ E-mail ・ 郵送 優先順位() ・ () ・ () ・ () ・ () ※複数選択可(対応可能なもの全てに○をつけてください) | | |
| 電話番号 | ー ※携帯への連絡も可能な場合は下記に記入 携帯番号(ー ー) | FAX 番号 | ー |
| E-mail | | | |
| 雨天時の対応 | | | |
| 備考 | ※その他、連絡事項等がありましたら、ご記入ください | | |

お申し込み・お問い合わせ先

北九州市保健福祉局 認知症支援・介護予防センター
(担当) 宇野、古野

〒802-8560 小倉北区馬借1-7-1 (電話) 522-8765 (FAX) 522-8773

2019.4~