

サロンで健康づくり【運動】依頼書

〔グループ概要〕 ※太枠の中にご記入ください。

受付番号：2019-

グループ名	名称： (校区社協、老人会、その他())	参加人数 (予定)	人
実施場所	〒 - 住所： 区	駐車場の 有無	有 無
定例活動日	(毎週・毎月・隔月 第 曜日) 時間 : ~ :		
運動プログラム を利用する目的 (希望する内容)			
年齢層	60代 人	70代 人	80代 人 90代 人
グループの特性	膝の痛みのある方 人 腰の痛みのある方 人 介護認定結果を持っている方 人 その他 ()		

〔希望日時〕

運動実施 希望日	体力測定希望 有 (回目・ 回目) ・ 無
---------------------	------------------------

〔申込者連絡先〕 ※申込者（代表者）の方の氏名、電話番号等をご記入ください

申込者氏名	〔民生委員・福祉協力員・地域支援コーディネーター・その他()〕		
電話番号	- ・携帯番号(- -)	FAX番号	-

※以下は、記入不要です。

受付日	年 月 日	受付者	
備考	サロン栄養受講 済・未	サロン口腔受講	済・未

【お問い合わせ先】

北九州市認知症支援・介護予防センター

電話番号：522-8765 FAX番号：522-8773

サロンで健康づくり(運動)まで