

介護予防活動支援事業  
**介護予防サークル申請書**

諫早市長様

(新規・継続)

令和 年 月 日

申し込み団体名		参加者人数			
_____		_____名			
実施場所		活動日時			
_____		_____			
代表者	氏名				
	住所 〒 _____ 諫早市 _____ 町				
	電話 ( _____ )				
内容	●取り組みたいプログラム：筋トレ・脳トレ・ロトレ・手ばかり栄養・DVD				
講師派遣希望	介護予防プログラムを指導する講師を派遣することができます。 ＊実施時間は概ね90分程度				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>希望日程</th> <th>時間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和 年 月 日 ( )</td> <td>～</td> </tr> </tbody> </table>		希望日程	時間	令和 年 月 日 ( )
希望日程	時間				
令和 年 月 日 ( )	～				
備考	<input type="checkbox"/> 受講後1・3か月後に、継続できているか訪問や電話で確認を行います。 <input type="checkbox"/> 活動の中で継続して、毎回10～15分取り入れてください。				
	椅子 (あり・なし _____ ) DVDプレーヤー (ある・なし _____ ) <p style="text-align: right;">令和 年 月 日 受</p>				

参加者は各自、体調が悪いときは申し出て、自己の責任の基に、自分の健康状態に合わせ無理することなく教室に参加します。

令和 年 月 日

代表者氏名

介護予防活動支援事業  
介護予防サークル申請書

諫早市長様

(2回目・3回目)

令和 年 月 日

申し込み団体名		参加者人数			
_____		_____名			
*代表者が変更時のみ記入					
代 表 者	氏名				
	住所 〒 _____ 諫早市 _____ 町				
	電話 ( _____ )				
継 続 状 況	1 回目実施した内容を記入 ( _____ ) ●受講後の取り組み・継続してできている・できていない ( 例：何分くらい取り入れている。 取り入れ方がわからない など )				
内 容					
講 師 派 遣 希 望	介護予防プログラムを指導する講師を派遣することができます。 *実施時間は概ね90分程度				
	<table border="1"><thead><tr><th>希望日程</th><th>時間</th></tr></thead><tbody><tr><td>令和 年 月 日 ( _____ )</td><td>~</td></tr></tbody></table> <input type="checkbox"/> 受講後1・3か月後に、継続できているか訪問や電話で確認を行います。 <input type="checkbox"/> 活動の中で継続して、毎回10~15分取り入れてください。		希望日程	時間	令和 年 月 日 ( _____ )
希望日程	時間				
令和 年 月 日 ( _____ )	~				
備 考	令和 年 月 日 受				

参加者は各自、体調が悪いときは申し出て、自己の責任の基に、自分の健康状態に合わせ無理することなく教室に参加します。

令和 年 月 日

代表者氏名