

東久留米市 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業

フレイル予防出張講座 申込書

提出日:令和 年 月 日

フリガナ			
代表者氏名			
連絡先	電話番号	携帯	
	FAX		
団体名			
会場 ※当てはまるものに ✓を入れてください	会場名		
	住所 東久留米市		
	会場の広さ	約 帖 (定員 名)	
	会場の様式	☐ 和室 ☐ 洋室	
	机の有無	☐ 有 ☐ 無	
	椅子の有無	☐ 有 ☐ 無	
	機材の有無 (有の場合)	☐ マイク ☐ プロジェクター ☐ スクリーン	
	駐車場の有無	☐ 有 ☐ 無	
	参加予定人数	名 程度	
希望の講座内容 ※当てはまるものに ✓を入れてください	☐ 口腔体操 ☐ 低栄養・食事 ☐ 運動・体操 ☐ その他()		
希望日時	第1希望 令和 年 月 日 () (午前・午後) 時 分から(午前・午後) 時 分まで		
	第2希望 令和 年 月 日 () (午前・午後) 時 分から(午前・午後) 時 分まで		
備考			

【保険年金課 処理欄】			
受付日	令和 年 月 日()	担当者:	
詳細確認	令和 年 月 日()	担当者:	
決定日時	令和 年 月 日()	時 分~ 時 分	