

## 浦安市シニア元気講座申込書

年 月 日

（宛先）浦安市長

団 体 名：

代表者氏名：

住 所：

電 話：

次のとおり、リハビリテーション専門職の派遣を依頼します。

派遣希望日時	第1希望	年 月 日（ ）	時 分～	時 分
	第2希望	年 月 日（ ）	時 分～	時 分
	第3希望	年 月 日（ ）	時 分～	時 分
会場 （実施場所）	（施設等名）			予 定 人 数
	（住所） <span style="float: right;">【駐車場：有/無】</span>			
希望内容 ※1か所にチェック☑	<input type="checkbox"/> フレイルチェックや運動のしかた <input type="checkbox"/> 転倒予防のために気をつけること <input type="checkbox"/> 認知症の正しい理解 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎を予防する方法 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
希望内容の詳細を ご記入ください				
活動内容	※普段、どのような活動をしている団体かご記入ください。			