

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等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	人		
	(住所) 【駐車場：有/無】				
希望内容 ※1か所にチェック☑	☐ フレイルチェックや運動のしかた ☐ 転倒予防のために気をつけること ☐ 認知症の正しい理解 ☐ 誤嚥性肺炎を予防する方法 ☐ 食事・栄養について ☐ お口の健康について ☐ 浦安はつらつ体操の指導 ☐ 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。				