

講師派遣型介護予防教室事業実施申込書

申込者	フリガナ		性別	男・女	
	氏名 (代表者名)		生年月日	大・昭	年 月 日
連絡先	住所				
	TEL	() -	FAX	() -	
	メールアドレス				
会場となる施設					
希望する 期間・日時		期間： 令和 年 月 から6ヶ月 日時： 第1希望 毎週 曜日 AM・PM 第2希望 毎週 曜日 AM・PM 第3希望 毎週 曜日 AM・PM			
参加メンバー		氏名		生年月日	
				大・昭 年 月 日	
				大・昭 年 月 日	
				大・昭 年 月 日	
				大・昭 年 月 日	
				大・昭 年 月 日	
				大・昭 年 月 日	
				大・昭 年 月 日	
				大・昭 年 月 日	
				大・昭 年 月 日	
				大・昭 年 月 日	
その他 ・ 要望		(その他要望などあればご自由に記入してください)			

〈申込要件〉

- (1) 申込資格：65歳以上の市民（10名程度の団体）。
- (2) 申込方法：申込書に必要事項を記入の上、介護保険課までお持ちください。
- (3) その他：事業実施の可否につきましては、電話連絡により通知します。

申込み・問合せ 江南市役所 1階 介護保険課 0587-54-1111(内線416)