

令和6年度 稲沢市一般介護予防事業「フレイル予防講座」申込書

団体名					
代表者名(連絡窓口)					
住所		〒 - 稲沢市			
電話番号(平日昼間につながるやすい番号)			F A X 番号		
希望 日時	1 回目	第1希望	令和6年 月 日()	: ~ :	
		第2希望	月 日()	: ~ :	
	2 回目	第1希望	月 日()	: ~ :	
		第2希望	月 日()	: ~ :	
	3 回目	第1希望	月 日()	: ~ :	
		第2希望	月 日()	: ~ :	
開催 場所 ※1	会場名				
	所在地		稲沢市		
	電話番号				
	駐車場(講師用)		有(場所:)・無		
	設備	黑板もしくはホワイトボード→		有(黑板・ホワイトボード)・無	
個別相談の際に使用できる別室					
有(場所:)・無					
床→畳・畳以外		長机→有・無		椅子→有・無	
受講予定人数 ※2 (10人以上30人まで)		人(65歳以上 人、64歳以下 人)			
その他(参考のために、受講者の概要や会場の特記事項等を記載してください)					

(注意事項)

※1 会場は申込者が確保してください。

※2 当日の受講人数が予定人数より **3名以上**の増減がある場合は、事前にご連絡ください。

(申込先)

稲沢市役所高齢介護課 長寿グループ 電話: 0587-32-1293

F A X : 0 5 8 7 - 3 2 - 8 9 1 1