「お達者講座」申込書

年　　月　　日

地域包括支援センター所長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込者（代表者）

　住　所

　氏　名

　連絡先

地域包括支援センター「お達者講座」を受講したいので、次のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 団　体　名 |  |
| 参加予定人数 | 人（うち６５歳以上高齢者　　　　　人　） |
| 内　　容 | １．認知症を予防しよう！  ２．脳の健康チェック  ３．フレイル予防でイキイキ長寿  　内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ４．高齢者の権利を知ろう・守ろう |
| 日　　時 | 第１希望　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　）  　時　　　分　～　　　　時　　　分 |
| 第2希望　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　）  　　　　　　　　　時　　　分　～　　　　時　　　分 |
| 開催場所 |  |
| 床面の形態：　畳　・じゅうたん　・フローリング  椅子の有無：　あり ( パイプ椅子 ・ 高座椅子 ) ・ なし  　机の有無：（受講者の前に机が） ある ・ ない |
| 備　　考 |  |

※業務の都合により、希望日時に添えない場合もありますので、ご了承ください。

※他の内容をご希望の場合は、ご相談ください。

**【申し込み・お問い合せ先】伊賀市地域包括支援センター**

**〇本庁　　　　　　　　伊賀市四十九町3184番地　本庁舎1階**

**電話：２６－１５２１　ＦＡＸ：２４－７５１１**

**〇東部サテライト　　　伊賀市新堂313番地の１　伊賀支所内**

**電話：４５－１０１６　ＦＡＸ：４５－１０５５**

**〇南部サテライト　　　伊賀市阿保151番地1　青山複合施設内**

**電話：５２－２７１５　ＦＡＸ：５２－２２８１**

**〇Ｅメール　　　　　　houkatsu-shien@city.iga.lg.jp**

**〇申し込みフォーム**[**https://logoform.jp/form/KPw2/568880**](https://logoform.jp/form/KPw2/568880)