伊勢崎市地域リハビリテーション活動支援業務申込書

　　年　　　月　　　日

伊勢崎市長　様

　　　　　　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　電話

次のとおり、地域リハビリテーション活動支援業務に申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名（町名） |  |
| 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 |
| 会場名・住所 |  |
| 参加予定人数 |  |
| 市からの補助 | 無　・　有 |
| 自主活動の内容 |  |
| 希望する内容 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 受付日 | ・　　・ |
| 受付番号 |  |

留意事項

1. 地域において自主的な介護予防活動をしている団体が対象です。
2. 1回の講義及び実技の内容は1時間30分程度です。
3. 開催予定の1カ月前までに、伊勢崎市地域包括支援センターに御申し込み下さい。