

令和 年 月 日

佐 野 市 長 様

所在地

法人又は団体の名称

代表者の氏名

印

「団体向け介護予防教室」受託申込書

令和８年度における佐野市一般介護予防事業による「団体向け介護予防教室」を仕様書に基づき実施したいので、次のとおり申し込みいたします。

なお、事業実施の適正性を確保するため、介護予防に関する知識の普及を目的に教室を開催することを理解した上で申し込みいたします。

記

１．申請者

申請者 (事業所名等)			
ふりがな 代表者名		所属 (職)	
住所	(〒)		
電話			
FAX			
E-mail			
備考			

2. 実施できる内容等

例) 良い姿勢と歩き方についての講話及び体操、音楽に合わせてリズム体操、若さを保つための食事に関する講話、口腔機能に関する講話及び実習、認知症予防に関する講話及びレクリエーション等

3. 実施できる時間帯等

例) 月・水・金の午前中

4. 担当する講師等

氏名・生年月日	主な資格・職種	経験年数と主な実績
S. H. 年 月 日		
S. H. 年 月 日		
S. H. 年 月 日		
S. H. 年 月 日		
S. H. 年 月 日		

※過去に提出している場合でも、「資格・職種」については証明する書類の写しを添付してください。