

令和 年 月 日

佐 野 市 長 様

所在地

法人または団体の名称

代表者名

印

「介護予防拠点施設での介護予防教室」または
「地区公民館等での介護予防教室」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「介護予防拠点施設での介護予防教室」または「地区公民館等での介護予防教室」を仕様書に基づき実施したいので、次のとおり関係書類を添えて申し込みます。

なお、高齢者の健康づくりと生活機能の低下を予防することを目的に教室を開催することを理解した上で申し込みます。

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			
F A X			
E-mail			
備考			

2. 実施の予定について

実施開始可能月	令和 年 月から
実施可能曜日	
実施可能時間帯	時 分 から 時 分
実施希望会場 (<input checked="" type="checkbox"/> してください)	<input type="checkbox"/> 介護予防拠点施設 (希望あれば記入) <input type="checkbox"/> 地区公民館等 (希望あれば記入)

* 全体の講師の登録数や介護予防教室の実施予定回数により、ご希望に添えないこともございます。

3. 実施体制と実施予定計画について

担当する講師等の実施体制と教室の具体的な実施予定計画についてご記入ください。

〈担当する講師等の実施体制〉についての注意事項

※従事することが決まっている方については、資格を有する証明書の写しを添付してください。資格を有する方が不確定の場合は、氏名欄に（予定）と記入してください。

※「経験年数」については、資格を取得してからの年数ではなく、資格を生かして勤務した年数を記入してください。

<担当する講師等の実施体制について>

① 講 師	氏 名		生年月日	S. H. 年 月 日
	資格・職種		経験年数と 主な実績	年
② 講 師	氏 名		生年月日	S. H. 年 月 日
	資格・職種		経験年数と 主な実績	年
③ 講 師	氏 名		生年月日	S. H. 年 月 日
	資格・職種		経験年数と 主な実績	年
④ 講 師	氏 名		生年月日	S. H. 年 月 日
	資格・職種		経験年数と 主な実績	年

補 助 員	補助職員氏名 生年月日	S. H. 年 月 日
	資格等（ なし ・ ）	
補 助 員	補助職員氏名	S. H. 年 月 日
	資格等（ なし ・ ）	
補 助 員	補助職員氏名	S. H. 年 月 日
	資格等（ なし ・ ）	

<実施予定計画書>

	内 容	担当者氏名
第 1 回		
第 2 回		
第 3 回		
第 4 回		
第 5 回		
第 6 回		
第 7 回		
第 8 回		
第 9 回		
第10回		

第 1 1 回		
第 1 2 回		
第 1 3 回		
第 1 4 回		
第 1 5 回		
第 1 6 回		
第 1 7 回		
第 1 8 回		

※ 「担当者の氏名」の欄には、講師や補助職員の名前を記入してください。

※ 毎月 2 回の実施が難しい場合は、月 1 回あるいは 5 回コースの教室を年間 2 回とする等、自由に設定して構いません。

1 回の教室の中で、2 種類の内容を実施することも可能です。