

年 月 日

天童市介護予防・日常生活支援総合事業（一般介護予防事業）利用申込書

利用者 (申込者)	フリガナ			
	氏名			
	住所	〒994- 天童市		
	電話番号	() -		
	生年月日	大正・昭和 年 月 日生 (歳)		
緊急時の 連絡先	氏名		利用者 との関係	
	住所			
	電話番号	() -		
かかりつけの 医療機関	医療機関名		診療科：医師名	
第1 希望	第2 希望	教室名・開催場所		
		健康てんどう 元気塾 のぞみ・ ^り Re play! ^{てんどう} TENDO	月 曜日コース	
		元気ゆー湯 温泉教室 のぞみ・ゆぴあ	月 曜日コース	
		元気ウキ浮き 水中教室 のぞみ・スイミング	月 曜日コース	
		楽しくさわやか 脳トレ教室 ^り Re play! ^{てんどう} TENDO	月 曜日コース	
		しゃきっと元気に 筋トレ教室 ^り Re play! ^{てんどう} TENDO	月 曜日コース	
送迎の希望		希望する 希望場所 ()		
		希望しない (自家用車等で直接実施会場にお越してください。)		
確認事項		① 介護認定状況 【 認定を受けていない ・ 認定を受けている 】		
		② 前月にいずれかの一般介護予防事業に 【 参加している ・ 参加していない 】		
		③ 「ラ・フォーレ天童のぞみ」での温泉教室への参加を希望の方のみ 【食物アレルギー 無 ・ 有 ※有の方はキャンセルとします】		
備考				

(注) 実施日の通知は、送迎の日程調整等を行い、後日通知します。