



FAXの場合、下記申込書に記入の上送信ください
 (FAX : 086-434-9884)

出張転倒予防教室申込書

		申込日 令和 年 月 日	
申込者	フリガナ 団体名		
	フリガナ 申込者氏名		
	申込者住所	〒	— 倉敷市
	電話	086	— —
	携帯電話		— —
	FAX	086	— —
	フリガナ 代表者氏名	(上記と違う場合のみ記入)	
希望日時	R7年1月～3月		火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土
			午前(9:45～11:15) 午後(13:45～15:15)
	毎週実施の教室です(会場が使用できないなど、実施困難な日があれば、早めにご連絡ください)		
会場	会場名		
	駐車場	あり	・ なし(駐車可能場所:)
	その他		
参加人数	市内在住おおむね65歳以上 人 ※必ずご参加頂ける人数をご記入ください		
備考			

【内 容】 みんなで集まって続けられる運動、家でもできる簡単な運動
 健康講話(高血圧、健口体操、栄養、認知症予防など)

【申 込 方 法】 電話・窓口・FAXにて受付

【申 込 締 切】 令和6年10月31日(木) 申し込み締め切り後も随時受け付けます

初参加団体優先、教室終了後も継続して活動を希望する団体優先、
 申込多数の場合抽選。結果は12月の上旬までに、電話でご連絡いたします。

商行為や宗教的活動を目的とする団体はお申し込みいただけません

くらしき健康福祉プラザ 介護予防事業

☎ : 086-434-9861 FAX : 086-434-9884

(火～土曜日 8:30～17:15 祝日除く)

