

介護予防いきいき交流会事業  
(いきいきふれあいサロン看護師等派遣) 申込書

福祉会名	福祉会 (サロン)
担当者	〔TEL        -        -        〕

期 日	月	日	( )
時間 (全体)	:	~	:
健康チェック時間帯	:	~	:
場所 (会場)			
内 容			
① 健康講話 (社協看護師等)	あり ・ なし	:	~ :
⇒ 講話内容 :			
② 栄養改善	あり ・ なし	:	~ :
③ 口腔ケア指導	あり ・ なし	:	~ :
④ 運動指導	あり ・ なし	:	~ :

(社協記入欄)

派遣職員等	
備 考	

\* 申込書は、社協へ**実施月の前月の10日**までに提出してください。

TEL 37-1300      fax 37-1393