

介護予防いきいき交流会事業 年間予定表

地区名	地区		
福祉会名	福祉会		
記入者名		連絡先	

※各小地域福祉会（町内会福祉会）ごとにご記入ください。

月	日(曜日)	内容	会場	備考
4	()			
5	()			
6	()			
7	()			
8	()			
9	()			
10	()			
11	()			
12	()			
1	()			
2	()			
3	()			
合計回数	回			

※ 同じ月に複数回サロンを開催する場合も、開催する日にちすべてをご記入ください。

※ 開催日が未定の場合は、概ね予定される回数・時期を備考欄にご記入ください。

介護予防指導メニューの希望調査	○をつけてください	実施希望月
1 「栄養改善」を希望する	する ・ しない	[]月希望
2 「口腔ケア」を希望する	する ・ しない	[]月希望
3 「運動指導」を希望する	する ・ しない	[]月希望

※ 栄養改善・口腔ケア・運動指導の実施変更については、地区担当職員に早めにご連絡ください。

3月末までにご提出ください