

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