

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
（理学療法士派遣依頼用）

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）	
（住所）	宗像市

※ 理学療法士の派遣依頼に必要な事項 （地域リハビリテーション活動支援事業）

参加予定人数	_____人	サロンの開催頻度	年_____回
参加者内訳	60代_____人、70代_____人、80代_____人、90歳以上_____人		
当日の日程 (健康チェック後)	: ~ :	＜内容＞	
	: ~ :	＜内容＞	
	: ~ :	＜内容＞	
	: ~ :	＜内容＞	
＜このプログラムを希望する理由＞			

（社協記入欄）

派遣職員等	
備 考	

* この理学療法士用の
申込書は、社協へ実施月の前々月の20日までに提出してください。