

様式第1号（第6条関係）

島原地域広域市町村圏組合地域リハビリテーション活動支援事業専門職派遣申込書

年 月 日

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

（申し込み）

団体・グループ名 _____

代表者住所 _____

氏名 _____ 印

TEL () _____

FAX () _____

メールアドレス _____

島原地域広域市町村圏組合地域リハビリテーション活動支援事業を下記のとおり申し込みます。

団体・グループの名称・目的	名称									
	目的									
分類	①自主グループの活動の中で介護予防運動を行っていないグループ ②自主グループの活動の中で介護予防運動を行っているグループ ③構成市域内の介護事業所									
希望日時	1回目	年	月	日 ()	時	分	～	時	分	
	2回目	年	月	日 ()	時	分	～	時	分	
	3回目	①のみ	年	月	日 ()	時	分	～	時	分
	4回目		年	月	日 ()	時	分	～	時	分
	5回目		年	月	日 ()	時	分	～	時	分
	6回目		年	月	日 ()	時	分	～	時	分
開催場所	会場名									
	住所	電話 ()								
	設備	パソコン (パワーポイント)、プロジェクター、スクリーン、 VHSビデオ・テレビ、DVD、CD・カセットプレーヤー、 ホワイトボード・黒板、マイク、その他 () 可能なものを○で囲んでください								
参加人数・年齢層等										
備考 (希望等)										