

(地域団体→市)

年 月 日

### 大和市専門職派遣申請書

大和市長 宛て

団体名・サロン名

代表者名

担当者 連絡先	氏名 住所 〒 TEL — —
所属	<input type="checkbox"/> 社協ミニサロン <input type="checkbox"/> 自治会 <input type="checkbox"/> ゆめクラブ <input type="checkbox"/> 子育てサロン <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他 ( )
会場名 会場の概ねの広さ	約 ( ) m <sup>2</sup> または ( ) 畳
参加予定人数・年代	人 歳代
活動頻度	週 ・ 月 に _____ 回程度
主な活動内容	

ご希望の日時をご記入ください。また、希望する依頼内容に○をつけてください。

<b>①地域リハビリテーション活動支援事業 (一年度に2回まで)</b>	
第1希望日	年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
1回目 第2希望日	年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
【依頼内容：1 認知症予防 2 体力測定 3 体操指導 4 腰痛・膝痛 5 その他 ( )】	
第1希望日	年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
2回目 第2希望日	年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
【依頼内容：1 認知症予防 2 体力測定 3 体操指導 4 腰痛・膝痛 5 その他 ( )】	
※派遣時間は1回につき1時間程度となります。	

<b>②出張けんこう教室 (一年度に1回まで)</b>	
第1希望日	年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
第2希望日	年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
【依頼内容： 1 体組成測定 2 血行動態測定 3 骨量測定 4 握力測定 5 血圧測定 6 講話のみ (内容： ) 7 おまかせ】	

※ご不明点がありましたら、大和市健康づくり推進課 (電話：046-260-5663) までご連絡ください