

(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・サロン名.....

代表者氏名.....

担当者 連絡先	氏名	TEL	—	—
	(※日中に連絡がとれる電話番号)			
	住所〒			【市使用欄】
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 (会場の住所)	(会場の住所)			
概ねの広さ	洋室()㎡または和室()畳			
参加人数 / 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。

1 地域リハビリテーション活動支援事業 (1回につき1時間・一年度に2回まで)										
1回目	希望日1	年	月	日	()	時	分	～	時	分
	希望日2	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・膝痛対策 ⑤その他 ()】										
2回目	希望日1	年	月	日	()	時	分	～	時	分
	希望日2	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・膝痛対策 ⑤その他 ()】										

2 出張けんこう教室 (一年度に1回まで)										
希望日1		年	月	日	()	時	分	～	時	分
希望日2		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呼気一酸化炭素濃度測定】										
※依頼内容：①～③は1種類のみ、④～⑥はご自由に選択できます。⑦は喫煙者のみ測定できます。										

※申請の際は、他の教室と日程が重複しないよう確認してください。

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