

焼津ころばん体操DVD使用申請書

年 月 日

地域包括ケア推進課長 様

焼津ころばん体操のDVDの使用について申請します。

(配布番号：)

所属名			
実施会場・住所			
申請者住所	〒		
申込者氏名			
電話番号			
F a x 番号			
メールアドレス			
開始日	年 月 日 ~		
定期使用の曜日と時間	_____曜日、 _____時_____分~		
	特記事項：		
WEB サイト 「ケアナビやづ」 での公開について (どちらかに○)	A. 一般公開しても良い B. 一般公開を希望しない ↓ <u>※A に○をつけた場合は裏面の登録情報に記載をお願いします。</u> WEB サイト「ケアナビやいづ」へ、焼津ころばん体操実施会場として一般公開されます。		
事務局 使用欄	DVD 配布日	/	ケアナビやいづ 担当者確認
		/	・不要

(提出先)

焼津市本町二丁目 16 番 32 号

焼津市地域包括ケア推進課 地域包括ケア推進担当 (3階6番窓口)

電話：054-626-1219 FAX：054-621-0034

※Aに○をつけた方のみ下記に記載をお願いします。

ケアナビやいづ 登録情報

実施内容 (どのように焼津ころぼん体 操を実施しているか)	
ひとことアピール (参加希望者に伝えたいことを 記入ください)	
対象者	
参加費	
問合せ先※	
問合せ先電話番号※	

※ ケアナビやいづに掲載しても良い問合せ先、電話番号をご記入ください