

地域介護予防活動支援事業

『通いの場』活動サポート 申込書

令和 年 月 日

地域包括ケア推進課長 あて

代表者・連絡人 氏名
〒
住所 長野市
電話

支援日の担当者（上記の人と異なる場合のみ記載）

氏名
電話

『通いの場』活動サポートについて、次のとおり申し込みます。

申込み団体

団体名		参加予定人数	
会 場 (住所)		部屋	1 階・2 階・3 階
		椅子の使用	全員・一部・使用なし

希望する日時・内容について、詳細を以下にご記入下さい。

支援日時	第一希望 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 第二希望 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
希望内容 ☐ に チェック 願います	【プロスポーツを通じた応援】 ☐ ①パルセイロスタッフとボールで体操 ☐ ②大橋さんの頑張らないにこにこ脳活体操！		
	【リハビリ専門職などによる応援】 ☐ ③はつらつ体操の再確認 ☐ ⑤脳トレ・遊びの紹介 ☐ ⑦腰や肩の痛み予防（講話と実技） ☐ ④脚力測定 ☐ ⑥膝の痛み予防（講話と実技）		
	連絡事項等		

〔注意事項〕

- 1 申し込みいただけるのは、市内在住の高齢者を中心に、月 1 回以上の頻度で活動している地域の団体・グループ（参加見込者数 10 人以上）です。
- 2 講師用に自動車 1 台分の駐車スペースの確保をお願いします。
- 3 代表者・連絡人の電話番号を講師へ緊急時連絡用にお伝えしますのでご了承ください。

長野市 地域包括ケア推進課 相談・支援担当 電話 026-224-7873 FAX 026-224-8574