**介護予防地域講師派遣依頼**

依頼票が届きしだい講師との調整を行います。【依頼者記入欄】に必要事項を記入していただき、郵送、またはＦＡＸで**高齢者支援課**までお送りいただくか、直接ご持参ください。

**【依頼者記入欄】**　　　　　　　　　　　　　依頼日：　　　年　　　月　　　日（　）

|  |  |
| --- | --- |
| 希望開催日時 | 年　　月　　日　（　　）　午前・午後　時　　分～　時　　分※開催希望日のおおむね３か月前までにお送りください。 |
| 講座希望内容（具体的に） | 運動　・　栄養　・　口腔　・　認知症予防（←〇をつけてください） |
| 団体名 |  |
| 代表者名 |  |
| 連絡先 | 住所：電話：　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：  |
| 開催場所（会場）住所 | 住所： 駐車場の有無（ あり ・ なし ） |
| 当日参加人数 | 名程度 |
| その他（連絡事項） |  |

**送付先**：〒251-8601藤沢市朝日町１－１　藤沢市役所　高齢者支援課

（包括介護予防担当）

TEL：0466-50-3523 FAX：0466-50-8412

【高齢者支援課　調整欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼事業所 |  |
| 今回の依頼への対応 | 　　　可　　　　・　　　　不可 |
| 講師（資格） |  |
| 連絡先 |  |
| その他 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受理 |  |  |  | 送付 |