

記載例

介護予防セルフケア推進事業派遣申請書

申込日 6年 4月 30日

(宛先)秋田市長

申し込みは第一回の派遣
希望日より1か月前まで

団体名	○○サークル	ふりがな 代表者氏名	
構成人数	参加者 9名 年齢構成:65歳～74歳 2名・75歳～79歳 5名・80歳以上 2名		
会場名 (所在地)	会場名(派遣場所):○○会館 秋田市○○ ○号○番		
普段の 活動	活動内容:いいあんべえ体操、ストレッチ、コグニサイズ、有酸素運動 など 活動日時:毎月/週第 1、3 火曜日・10時00分～12時00分		
希望内容	運動・栄養・口腔		いずれか1つに○をつける
派遣希望 日時 ※申込日	<p>【派遣希望時間】 11時00分～12時00分まで (60 分間)</p> <p>1回目 令和 6年 6月 4日(火曜日)</p> <p>2回目 令和 6年 6月 18日(火曜日)</p> <p>3回目 令和 6年 7月 2日(火曜日)</p> <p>4回目 令和 6年 10月 1日(火曜日)</p> <p>※1～3回目は2週間に一回程度、4回目は3回目から起算して3か月以降の日程を記載すること。</p>		
連絡先 諸連絡や通 知発送の際 に使用します	ふりがな 氏名	電話番号	
	住所	〒 秋田市	

内容の確認・調整のため、
市の担当者より連絡がいく
ことがあります。

裏面アンケートの記載もお願いいたします。

※担当課使用欄	受付日	年 月 日	介護予防手帳配布数
---------	-----	-------	-----------

記載例

～事前アンケートのご協力をお願いいたします～

1 この事業を、どのように知りましたか(複数回答可)

- () 地域包括支援センターからの紹介
() 友人・知人(別団体)からの紹介
() 「秋田市フレイル予防事業のご案内」(チラシ)
() 広報あきた
() その他(_____)

2 本事業を利用しようと思った理由は何ですか？

--

3 団体参加者の様子についてお伺いします。該当する番号に○をつけてください。

	とても高い	やや高い	ふつう	やや低い	低い
健康づくり・介護予防への関心	5	4	3	2	1
医療専門職派遣への期待度	5	4	3	2	1
活動継続への意欲	5	4	3	2	1

4 医療専門職派遣によって期待することは何ですか

--

ご協力ありがとうございました。

記入していただいたアンケートについては、事業を円滑に進めるため医療専門職団体と共有させていただきます。