**体操教室開催申込書**

　　　年　　　月　　　日

五島市長　様

申請する団体　　　　住　　所　五島市

　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　下記のとおり、体操教室の開催を申し込みます。

１．教室の内容・開催日時

・介護予防体操　　　月　　日（　　）曜日　午前 ・ 午後　　時　　分～

２．対　象　者　　　　　　　　　名（　予　定　）

３．開催場所　　五島市　　　　　　　　　　　　名　称

４．そ　の　他

　　※　内容・開催日・開催時間につきましては、都合により変更をお願いする場合があります

　　※　介護予防体操以外の内容をご希望の場合もご相談ください