

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