**実施計画書④**　　　　　　　　　　　　　サロン名

**年度市のバス利用について**

＊希望により市のバスを年１回利用できます。

**利用を　　　　　希望する　　　　・　　　　希望しない**

**『希望する』の場合**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 期日 | 利用時間 |
| 第１希望 | 月　　　日（　　） | 出発：　　時　　　分到着：　　時　　　分 |
| 第２希望 | 月　　　日（　　） | 出発：　　時　　　分到着：　　時　　　分 |
| 第３希望 | 月　　　日（　　） | 出発：　　時　　　分到着：　　時　　　分 |

1. **日時**
2. **行き先**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **希望****に○** | 行　き　先 | 内　容 | 備考 |
|  | 近隣温泉施設等※サロン実施会場からおおむね片道２０ｋｍ程度の施設とします。 | A、介護予防教室を実施B、自主企画にて実施 |  |
|  | 体育館等滝沢市内公共施設（埋蔵文化センター等）場所： | 自主企画で計画 |  |
|  | 介護実習・普及センター（盛岡市） | 自主企画で計画 |  |
|  | その他 場所：　　　　　　 | 自主企画で計画 |  |

**（３）当日の連絡担当者**

|  |  |
| --- | --- |
| 名前 | 連絡先**（携帯）** |
|  |  |

**実施計画書⑤**　　　　　　　　　　　　　サロン名

**年度市主催講座（教室）申込書**

（１）希望の教室（講座）

|  |  |
| --- | --- |
| **希望に○** | 講　座　名 |
|  | 低栄養改善教室　※１０時～１３時 |
|  | 運動普及推進員による軽体操 |
|  | 医療介護よろず相談　※水曜午後 |
|  | リハビリテーション専門職による介護予防出前講座 |
|  | 認知症サポーター養成講座 |

（２）希望日時

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 期　日 | 実　施　時　間 |
| 第１希望 | 月　　 日（　　） | 　　時　　　分～　　時　　　分 |
| 第２希望 | 月　　 日（　　） | 　　時　　　分～　時　　　分 |
| 第３希望 | 月　　 日（　　） | 　　時　　　分～　時　　　分 |

（３）実施会場