

令和7年度 介護予防教室 参加申し込み書

太良町社会福祉協議会 会長様

令和 7年 月 日

以下のとおり太良町社会福祉協議会介護予防教室の参加について、以下の点に同意のうえ
申し込みます。

- 受講中に緊急の支援が必要になった場合は、この申請書に記載された情報を医療機関やその他関係機関に提供します。
- 受講者の体調変化及び病状の進行に伴い、この事業の趣旨に添わなくなったと判断した場合は、退会を促します。
- 時間・ルール等を守れず教室の進行の妨げになると判断した場合は退会を促します。
- 利用開始までに本人が「参加申込書」を社協窓口へ提出してください。
(すべての枠を記入する)
- 定員数に達した場合は新規の方や介護認定を受けていない方を優先します。

希望する教室名					
フリガナ				生年月日	昭和 年 月 日 (歳)
氏名					
住所	太良町大字			地区名	
連絡	固定電話			携帯	
緊急連絡先	氏名	続柄	同居の有無	住所(別居の場合のみ)	電話(なるべく携帯電話の番号を記入ください)
			1 同居 2 別居		
			1 同居 2 別居		
申し込み理由					
その他					

※介護予防教室開催中に広報啓発用写真を撮り、ホームページや社協だより等に掲載させていただく場合がありますのでご了承ください。

※ご記載いただいた個人情報は本事業のみで使用いたします。