

《令和3年度 介護予防教室申込書》

受付日	月	日
受付No.	-	

☐ 登録証あり ☐ 登録証なし
↓ご記入ください

氏 名	ふりがな		登録証番号	
住 所	〒	-	電話番号	()
	台東区			
性 別	1. 男	生年月日	1. 大正	年 月 日
	2. 女		2. 昭和	(歳)

◆希望教室 （希望する教室に○印をしてください）
※同じ教室で、複数の施設は申し込みできません

開講会場	教 室 名		
老人福祉センター	脳トレ健康体操		
入谷老人福祉館	面白脳トレ教室	セラバンドで筋力アップ トレーニング	
橋場老人福祉館	面白脳トレ教室	セラバンドで筋力アップ トレーニング	お口元気度アップ
三筋老人福祉館	面白脳トレ教室		お口元気度アップ



セラバンドで筋力アップトレーニング を申し込まれる方は血圧をご記入ください
日頃の血圧を教えてください
(上 _____ mmHg 下 _____ mmHg)

◎郵送で申し込みをする時は、この申込書のみをお送りください

◎申込締切：令和3年12月17日（金） 必着