

《令和6年度 介護予防教室(10月開講)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				
★メールアドレス					
性別	1. 男	生年月日	1. 大正	年	月
	2. 女		2. 昭和	(歳)

★メールアドレスはメール連絡が可能な方はご記入ください。(任意)

◆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

会場	教室名	ご希望教室
老人福祉センター	セラバンドで筋力アップトレーニング教室	
三筋老人福祉館	お口元気度アップ教室	
かがやき長寿ひろば入谷(入谷区民館内)	面白脳トレ教室	
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教室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)

◎申込締切: 令和6年9月25日(水)必着