FAX番号：049-283-1716

**受付期間：４月８日（月）～１２日（金）**

**※郵送は当日消印有効**

高齢者福祉課 地域包括ケア推進係行

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込日　　令和６年　　　月　　　日 | | ←太枠内すべてご記入ください↓ | |
| **令和６年度 元気アップ教室（５月～６月開催分）申込書** | | | |
| ふりがな |  | 電話番号 | |
| 氏名 |  | －　　　　　－ | |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　年　　　月　　　日 | 年齢 | 歳 |
| 住所 | 〒　　　　　－ | | |
| 坂戸市 | | |
| 元気アップ  教室  参加歴 | どちらかに〇をつけてください  ・なし  ・あり　→　何回程度ご参加いただいていますか　→　　　　　　回程度  ※参考に伺うものです。申込者多数の場合は抽選となりますが、抽選結果に影響するものではございません。 | | |
| 既往歴 | どちらかに〇をつけてください  ・なし  ・あり　→　・既往名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　・服薬有無（　あり　・　なし　）  　　　　　　・運動制限（　あり　・　なし　）  　　　　　　　　　　　　　　　　カッコ内へ具体的にお書きください | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 高齢者福祉課記入欄 | | |
|  | 受付番号： | 結果： |
| 備考欄 | |