

※申請は開催日の3か月前まで

申-5

「高齢者福祉施設におけるみんなの体操等実演会」への講師派遣申請書

年 月 日

一般財団法人簡易保険加入者協会  
〇〇地方本部長 \* \* \* \* 様

申請者  
団体名 \_\_\_\_\_

代表者 \_\_\_\_\_ 印

実演会の開催目的

(これまでの貴施設におけるみんなの体操・ラジオ体操実施の取組み、この実演会の活用策などを具体的に記載ください。)

実演会后、施設におけるみんなの体操等の継続的实施に向けた方策

(どの時間帯に、どのような方法で等具体的に記載ください。)

みんなの体操等実演会の開催計画概要

開催日時	年 月 日 ( ) : ~ :	
開催場所	名称: 住所: TEL:	
実演会	参加対象者	入所者 ( 名 ) デイサービス通所者 ( 名 ) 施設職員 ( 名 )
	参加者	参加者合計 名
	実演会で希望する体操	<input type="checkbox"/> みんなの体操座位中心、 <input type="checkbox"/> ラジオ体操第1座位中心、 <input type="checkbox"/> その他
派遣講師 (希望があれば)	講師:	
連絡先	担当者氏名	
	住所 〒	
	所属	
	TEL	
	E-mail	

地方本部からの意見