

年 月 日

障害者筋力アップトレーニング教室【土曜日コース】

参加申込書

松原市長殿

(申込者) 住所

氏名

電話番号

松原市生活支援事業実施要綱第6条第2号の規定に基づき次のとおり参加の申し込みをします。

(利用者)

個人番号											
住 所	松原市										
ふりがな								性 別			
氏 名								男 女			
生年月日	年			月			日				
電話番号	TEL					FAX					
緊急連絡先	氏名			続柄			TEL				
所持手帳等	身障・療育・精神保健福祉										
介護保険 第2号被保険者	要介護認定(非該当・要支援・要介護1)										
参加期間	第 期	年 月 日～ 年 月 日									
		毎週土曜日(全12回)									
教室開催時間 希望する班に○をしてください。		A班					B班				
		午後1時～2時30分					午後3時～4時30分				

市役所受付番号	番
受 付 者	

年 月 日

申 込 書 控

参加期間	第 期	年 月 日～ 年 月 日									
		毎週土曜日(全12回)									
教室開催時間 希望する班に○をしてください。		A班					B班				
		午後1時～2時30分					午後3時～4時30分				
		市役所受付番号					番				
		受 付 者									

※ 参加の決定については、後日連絡させていただきます。(定員を超える場合は、参加できない場合があります。)