

提出先：柳川市福祉課高齢者福祉係（FAX 番号:0944-73-9211）

※FAX 送信後は、必ずご連絡（電話番号：0944-77-8516）ください。

年 月 日

柳川市長 様

柳川市介護予防ポイント活動受入内容変更等申請書

事業所名 _____

1 変更、追加又は取消

[変更 ・ 追加 ・ 取消] ※変更・追加・取消いずれかに○印を付けてください。

活動内容	具体的な内容：					
<input type="checkbox"/> 日曜日	<input type="checkbox"/> 月曜日	<input type="checkbox"/> 火曜日	<input type="checkbox"/> 水曜日	<input type="checkbox"/> 木曜日	<input type="checkbox"/> 金曜日	<input type="checkbox"/> 土曜日
時～時						
人	人	人	人	人	人	人
備考	(持参物など)					

[変更 ・ 追加 ・ 取消] ※変更・追加・取消いずれかに○印を付けてください。

活動内容	具体的な内容：					
<input type="checkbox"/> 日曜日	<input type="checkbox"/> 月曜日	<input type="checkbox"/> 火曜日	<input type="checkbox"/> 水曜日	<input type="checkbox"/> 木曜日	<input type="checkbox"/> 金曜日	<input type="checkbox"/> 土曜日
時～時						
人	人	人	人	人	人	人
備考	(持参物など)					

[変更 ・ 追加 ・ 取消] ※変更・追加・取消いずれかに○印を付けてください。

活動内容	具体的な内容：					
<input type="checkbox"/> 日曜日	<input type="checkbox"/> 月曜日	<input type="checkbox"/> 火曜日	<input type="checkbox"/> 水曜日	<input type="checkbox"/> 木曜日	<input type="checkbox"/> 金曜日	<input type="checkbox"/> 土曜日
時～時						
人	人	人	人	人	人	人
備考	(持参物など)					

2 行事の手伝い

具体的な内容		
活動日	平成 年 月 日 ()	平成 年 月 日 ()
活動時間	時 ～ 時	時 ～ 時
人数	人	人
備考	(持参物など)	(持参物など)

※行事の手伝いについては、実施日（活動日）の1か月前までにご提出ください。