

葉山町介護予防運動教室申込書

申請日： 年 月 日

令和7年度の介護予防運動教室に申し込みします。

| | |
|--------------------------|----------------------|
| 氏名 <small>シメイ</small> | |
| 生年月日 | 大正 昭和 年 月 日 年齢() |
| 住所 | 葉山町 |
| 連絡先 | |
| 既往歴 | |
| 現病歴 | |
| これまでに要介護認定を受けたことがありますか。 | はい ・ いいえ |

・当てはまる項目にチェックしてください。

最近、体の衰え（筋力低下）を感じる

1年以内に転倒したことがある

週に1回も運動していない

運動のやり方が分からない

運動する習慣を身につけたい

・介護予防運動教室に参加後どのようになりたいかご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

・全日程、会場まで通うことができますか。

はい ・ いいえ