

様

介護予防事業「おたっしゃ教室」について

以下のとおりご案内します。

1) 実施期間・場所、内容

時間： 午前〇時〇分～午前〇時〇分

会場： 〇〇地区公民館



回数	開催日	<内容> ・ 椅子に座りながらの運動 ・ 栄養やお口の機能改善のための講話
1回目	〇月 〇日 (〇曜日)	
2回目	〇月 〇日 (〇曜日)	
3回目	〇月 〇日 (〇曜日)	
4回目	〇月 〇日 (〇曜日)	
5回目	〇月 〇日 (〇曜日)	
6回目	〇月 〇日 (〇曜日)	
7回目	〇月 〇日 (〇曜日)	
8回目	〇月 〇日 (〇曜日)	
9回目	〇月 〇日 (〇曜日)	
10回目	〇月 〇日 (〇曜日)	
11回目	〇月 〇日 (〇曜日)	
12回目	〇月 〇日 (〇曜日)	

2) 送迎場所と送迎時間の目安

送迎場所： (例) 自宅前

送迎時間： 〇時〇〇分頃 ※ 送迎時間は目安です。

3) 持ち物、服装

- ・ **参加料500円** ※おつりのないように、毎回ご持参ください。
- ・ 問診票 (同封の問診票に記載の上、教室第〇回目にご持参ください)
- ・ 運動しやすい服装でお越しください。
- ・ 水分補給用の飲み物
- ・ 汗拭きのタオルやハンカチ
- ・ メガネ等個人で必要なもの

裏面(留意事項)を必ずお読みください。

*** 参加にあたっての留意事項 ***

- ◆ 教室参加に不安のある方は事前にかかりつけ医に相談してください
その際、かかりつけ医から注意事項などがあった場合は、
必ずスタッフにお伝えください。
- ◆ 毎回の教室前後に問診と血圧と脈拍の測定を行います。
体調不良（かぜ・痛み・めまい等）があるときは、必ずスタッフに
お伝えください。
- ◆ 以下の場合は教室への参加をお断りすることがあります。
 - ・不整脈が多い場合またはいつもと異なる不整脈がある場合
 - ・上の血圧が、180mmHg以上、または下の血圧が110mmHg以上
 - ・安静時脈拍が110回／分以上または50回／分以下
 - ・関節痛、腰痛などの痛みが普段より強い場合
 - ・その他体調不良がある場合

【欠席される場合や教室に関するお問い合わせは、下記へご連絡ください】

株式会社〇〇 担当：〇〇

所在地： 鳥取市〇町〇番地

電話番号： 0857-〇-〇〇

鳥取市中央包括支援センター

所在地： 鳥取市幸町71番地

電話番号： 0857-20-3457

鳥取市会計規則様式第2号（第5条、第64条関係）

[illegible]

(様式第 3 号)

払込計算書

鳥取市中央包括支援センター所長 様

令和●年●月●日

受託者

令和●年度●月分おたっしゃ教室手数料の収納状況について下記のとおり報告します。

	①延べ参加者数	②1 回手数料	予定収納額 (①×②)	収納額	未収納額
今月分	人	5 0 0 円	円	③ 円	円
前月までの未収納分				④ 円	円

合計 (③+④)

円

=====

令和 年 月 ~ 月 教室)

三

事業所名：

従事者氏名 (職種)			実施報告	参加期間を通しての実施状況など
	参加実人数	参加延人数		
人	0人			

<出席状況>

※出席された場合は「1」、欠席された場合は「0」と記入

[illegible]

様式第 5 号

鳥取市介護予防運動教室事業実施に係る個人情報記録簿

データ 受取日	データを 保存する 端末の番 号等	データを 保存する フォルダ 名	ウィルス 対策の有無	個人情報 流出等の 事故の有無	データの 廃棄年月 日
			有・無	有・無	
			有・無	有・無	
			有・無	有・無	
			有・無	有・無	
			有・無	有・無	

様式第 6 号

年 月 日

鳥取市介護予防運動教室事業実施に係る個人情報廃棄報告書

鳥取市長 様

(受託者)

(住 所)

(氏 名)

⑤

鳥取市介護予防運動教室事業の実施にあたり、鳥取市から提供された個人情報
のデータについては、 年 月 日に廃棄したことを報告します。