

年度ふれあいサロン事業計画調査票

★来年度のふれあいサロンの予定プログラム内容を 月 日 () までにご連絡ください★
(既に、協力機関と調整されたところは報告として、未調整のところは希望として提出してください)

校区名		ふれあいサロン名	
実施日 実施場所	第() () 曜日	: ~ :	場所 住所
	第() () 曜日	: ~ :	場所 住所
	第() () 曜日	: ~ :	場所 住所
	第() () 曜日	: ~ :	場所 住所
対象 (例: 地域住民・高齢者など)		参加費 (徴収がある場合は何に使われるかもご記入下さい)	
ふれあいサロン窓口担当者		電話番号	

実施日	希望プログラム内容	協力機関	協力機関との調整
4 月 日			済 ・ 未
5 月 日			済 ・ 未
6 月 日			済 ・ 未
7 月 日			済 ・ 未
8 月 日			済 ・ 未
9 月 日			済 ・ 未
10 月 日			済 ・ 未
11 月 日			済 ・ 未
12 月 日			済 ・ 未
1 月 日			済 ・ 未
2 月 日			済 ・ 未
3 月 日			済 ・ 未

＜協力いただける機関とプログラム＞

※詳細や調整方法については別紙(事務担当役員会議で配布)を必ずご確認ください。

*①地域包括支援センター ※年2回程度

例) テーマ「介護保険制度について」、「健康体操」、「ほっと覚書(エンディングノート)の啓発」

*②(豊中市)スポーツ振興課 「健康のための運動」 ※年1回(年間10校区まで)

※地元の高齢者施設などには、各校区で個別にご相談ください。

※ボランティアグループや介護予防お助けバンク登録者による講座も市社協で調整可能です。

(交通費等、実費をご負担いただく場合があります)

※ご希望に添えるとは限りませんが、調整させていただいた上、各協力機関より直接サロン窓口担当者の方にご連絡が入ることになります。

豊中市社会福祉協議会

FAX送信先／6841-2388 (TEL／6848-1279)