

大鰐町地域介護予防活動実施計画書

申請者	団 体 名		
	住所・所在地		
	代表者氏名		
地域介護予防 活動の内容	活動頻度	週1回以上 ・ 月3回 ・ 月2回	
	活動曜日	月・火・水・木・金・土・日（祝日含む・除く） 上記以外の場合の内容（ ）	
	活動時間	: ~ : （ 時間 分）	
	活動場所		
	開始予定 年月日	令和 年 月 日	
	完了予定 年月日	令和 年 月 日	
	活動内容	※活動内容に合致するもの全てに○を付け、その詳細を「活動内容の詳細」に記載してください。 ①体操（運動）・②会食・③茶話会・④認知症予防 ⑤趣味活動・⑥その他	
	活動内容 の詳細	①	
		②	
		③	
④			
⑤			
⑥			