

①介護予防等の通いの場（サロン）情報提供シート

・変更あり

・変更なし

・廃止

いずれかを○で選択してください

サロン名称 ※必須	町内会名	令和5年1月1日現在
サロン担当者 住所		
電話番号	FAX	サロン担当者名
※担当者名と連絡先は非公開となります		

活 動 内 容				
実施主体	・町内会・自治会 ・介護保険施設	・老人クラブ ・大学	・民生委員児童委員 ・その他（ ）	・医療機関
活動日・回数	・毎週 ・毎月 第 ・年 回程度	曜日、週 曜日、月 ・不定期	回 回 ・その他（ ）	
活動場所	・町内会館 ・その他（ ）	・コミュニティセンター ・公共施設	・施設 ・病院	
対象者 （複数回答可）	①高齢者対象（ ） ②子育て中の親子（ ） ③会員全員（ ） ④その他（ ）			
サロン内容	・介護予防体操 ・ふまねっと ・茶話会 ・食事会 ・ノルディックウォーキング ・ウォーキング ・その他（ ）			
開催日	・週 回（毎週 曜日 ・不定期 ） ・月 回（毎月 第 曜日 ・不定期 ） ・年 回（・実施月： ・不定期 ）			
活動時間	・午前（ 時間） ・午後 ： ～ ：（ 時間）			
利用料金	・有（ 円 ） ・（食費代のみ： 円 ） ・無			
特記事項				