【様式２】

地域リハビリテーション活動支援事業　実施報告書

団　体　名 機　関　名	
実施日時	令和　　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：
場　所	（名称） （住所）　須賀川市
講　師　名	
参加人数	人　（男性　　人　　女性　　人）
内　容	
感想、意見等	

※ 実施後は、返信用封筒にて早めの提出をお願いします。

担当：須賀川市長寿福祉課　介護予防推進係
電話９４－２１６２　ファックス８８－８１１９