平成 29 年 2 月吉日

ご家族各位

『華の宴』・『お花見』のご案内

清華苑養力センター
施設長　古村敏大
華の宴実行委員会

拝啓　余寒の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご厚誼にあずかり、厚く御礼申し上げます。

さて、華の宴も恒例行事となり、今年で 12 回目を迎えることとなりました。当日、ご利用者には当苑の行事食をご用意し、下記の内容を予定しております。桜の花とともに、ご利用者と一緒に植えたビオラやチューリップも満開になることを祈りながら、職員一同準備を進めておりますので、何かとお忙しいとは存じますが、ご家族にもぜひご参加いただきますようご案内申し上げます。

華の宴の際は、ご家族にもお茶・お茶菓子をご用意させていただきます。（参加費 200 円）

また、華の宴の前にご希望のご家族にはお花見をしていただける場所をご用意する予定でございます。桜を見ながらお弁当を食べていただき、春の楽しいひと時をお過ごしいただければ幸いです。

ご希望のご家族にはお花見用のお弁当も承ります。（お弁当代 700 円）

尚、ご利用者に関しましては、当日の体調等により参加していただけない場合があります。キャンセル又は参加人数の変更は、3 月 13 日までにご連絡ください。それ以降は不参加でも参加費をご負担いただくこととなりますのでご了承下さいませ。

敬具

記

開　催　日　：平成 29 年４月１日（土曜日）雨天決行

開 催 時 間　：14：00～16：00　（お花見は各自 12：00～13：30 頃まで）

受 付 時 間　：13：30～　（お花見は 11：30～12：00）
ご利用者と一緒にお花見をされる方は必ず 12：00 までにご来苑ください

開 催 内 容　：大正琴演奏・沖縄エイサー・太鼓演奏
お茶席（お抹茶・お茶菓子）

場　　所　：清華苑養力センター　１階（リハビリ室・中庭）

華の宴参加費　：ご家族お一人　200 円（4 月分の利用料と一緒に請求）
※ご利用者の参加についてのご負担はありません。

お花見弁当　：ご希望者　700 円（4 月分の利用料と一緒に請求）

以上

『華の宴』・『お花見』　参加確認書

ご利用者名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご家族代表者名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お花見弁当 700 円
内容が一部変更する場合があります

『華の宴』に　　参加　・　不参加

ご家族参加人数＿＿＿＿＿人

『お花見』に　　参加　・　不参加

ご家族参加人数＿＿＿＿＿人

『お花見弁当』を注文　　する　・　しない

『ご利用者と一緒にお花見』を　　する　（必ず 12：00 までにご来苑ください）　・　しない

ご利用者の昼食は行事食となっておりますがご利用者のお弁当も注文しますか？
（嚥下状態によって、食べられない場合があります）注文する場合は行事食を欠食するに〇を入れて下さい。
（ご利用者と一緒にお花見をする方のみ記入してください）

行事食を欠食　　する　・　しない

お弁当注文合計数　＿＿＿＿＿個

準備の都合上、2 月 28 日まで　にご返送ください。