

介護予防出前講座 申込書

申込日	令和 年 月 日		
団体名			
団体の種類 (○で囲む)	・はにぼん筋力トレーニング教室 ・シニアクラブ ・ふれあいいいききサロン ・その他()		
代表者氏名			
担当者連絡先	氏名		TEL
団体の開催頻度 時間	毎(週・月第__) __ 曜日 午前・午後 時 分 ~ 時 分		
開催場所	会場		
	住所		
ご希望の日時	第1希望	令和 年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
	第2希望	令和 年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
	第3希望	令和 年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
参加予定者数	_____人 (60代__人 70代__人 80代以上__人) ※年代別はおおよその数をご記入ください。		
ご希望の講座(下記よりいずれか1講座に○をつけてください。)			
1	お口のケアについて	6	フレイル予防教室〈1回コース〉
2	食事・栄養について	7	フレイル予防教室〈3回コース〉
3	ウォーキング	8	長く食べ続けられるお口の作り方 ～口は命の入り口～
4	はにとれ(はにぼん筋力トレーニング) の紹介(再確認)	9	体力測定
5	シナプソロジー		
備考	黒板等(磁石対応) 【有・無】		

日時・内容等詳細については、後日担当よりご連絡させていただきます。

市記入欄(記入しないでください。)

講座		講師	
会場			
決定日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
調整担当者		担当包括	