

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 ・ふれあいいきいきサロン ・その他 ()		
代表者氏名			
担当者連絡先	氏名		TEL
担当者住所	〒		
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	シナプソロジー	6	はにとれ (はにぼん筋力トレーニング) の紹介 (再確認)
2	食事・栄養について	7	フレイル予防教室〈1回コース〉
3	お口のケアについて	8	フレイル予防教室〈3回コース〉
4	長く食べ続けられるお口の作り方 ~口は命の入り口~	9	ウォーキング
5	はにぼんお口の健康体操の紹介 (再確認)	10	体力測定
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	

お問い合わせ先：本庄市役所 高齢者福祉課 電 話 25-1722
F A X 23-1963