出前講座申込書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 団体・グループ名 | |  | | |
| 代表者 | 氏名 |  | | |
| 連絡先 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　TEL: | | |
| 実施希望日時 | 第１希望 | 年　　月　　日（　　）  午前・午後　　　：　　　～　　　： | | |
| 第２希望 | 年　　月　　日（　　）  午前・午後　　　：　　　～　　　： | | |
| 実施場所 | | （建物名） | 参加予定  人数 | 名 |
| 希望内容 | | （番号）  （内容） | | |
| 書面での決定通知  希望の有無 | | なし　　＊電話にて通知致します  あり | | |
| 備考  （希望、準備物等） | |  | | |

申し込み日：令和　　年　　月　　日

**(※講師への連絡や準備のため、予定日の１～2か月前には提出をお願いします)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 講座メニュー | 講師 |
| 1 | 介護予防と健康づくり | 保健師 |
| 2 | 認知症について | 認知症地域支援推進員 |
| 3 | 運動・体操指導（転倒予防、腰痛体操） | 理学療法士または運動指導士 |
| 4 | お口の健康 | 歯科衛生士 |
| 5 | 食事・栄養について | 管理栄養士 |
| 6 | 高齢者の権利擁護 | 社会福祉士 |
| 7 | 介護保険制度について | 主任ケアマネジャー |
| 8 | その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

**提出先：早島町地域包括支援センター**

**TEL:086-482-2432　 fax:086-483-0564**

|  |  |
| --- | --- |
| 講師調整 | 代表者連絡 |
| □　済（　　　　　） | □　済 |