

## 出前講座申請書

申し込み日：令和 年 月 日

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
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)			

(※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
<input type="checkbox"/> 済 ( )	<input type="checkbox"/> 済