出前講座申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 団体・グループ名（＊あれば記入） |  |
| 代表者 | 氏名 |  |
| 連絡先 | 〒　　　　　　　　　　　　　　TEL: |
| 実施希望日時 | 第１希望 | 平成　　年　　月　　日（　　）午前・午後　　　：　　～　　： |
| 第２希望 | 平成　　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＊○をしてくだい | ①介護予防について（全般・運動・口腔・栄養・認知症）　②包括支援センターについて　③介護保険制度について④転倒予防体操　　　　　 　 ⑤高齢者の健康について⑥認知症サポーター養成講座⑦その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 講師希望 | なしあり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 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 |  |

申し込み日：平成　　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。）

◎ご意見・ご要望があればご自由にお書きください。

**提出先：早島町地域包括支援センター**

**☎　482-2432**