（様式１）

【申し込み先】春日市高齢課高齢者支援担当　窓口またはFAX：５８４－３０９０

　令和　　　年　　　月　　　日

　春日市長　宛

　　　　　　　　　　　団体名（　　　　　　　　　　　　　　）

代表者名（　　　 　　　　　　　　　　 ）

令和６年度　講師派遣事業（地域介護予防教室）の申し込みについて

今回、健康づくりの一環として、地域で介護予防教室の実施を考えております。

つきましては、下記の内容で講師の派遣を申し込みます。

記

1　日　時　：　令和　　　年　　　月　　　日　(　　　曜日)

午前 ・ 午後　　　時　　　分から1時間

2　場　所　：　（　　　　　　　）公民館・その他（　　　　　　　　）

駐車場　：□有　□無

3　派遣対象先　（□に✓をつけてください）

□ふれあい・いきいきサロン　　　□シニアクラブ　　　　　□自治会関係

□地区カフェ　　　　　　　　　　□その他の登録団体

4　参加予定人数

高齢者（　　　）人　役員・ボランティア等（　　　）人　　合計（　　　）人

年齢層（参加者のなかで一番多い年代）：□60代　□70代　□80代　□90代

5　希望する介護予防教室の内容　（□に✓をつけてください）

|  |
| --- |
| □　１）フレイルを知ろう（フレイル予防） |
| □　２）からだイキイキ体操（運動器機能向上） |
| □　３）ロコモチェック（運動器機能向上）　　　※参加人数20名まで |
| □　４）楽しもう脳トレ！（脳の活性化） |
| □　５）お口の健康（口腔機能向上） |
| □　６）食事バランスと低栄養予防（栄養改善） |

6　ご要望や特記事項等（希望があれば講師名）がありましたら、記入してください。

高齢課受付印

氏　名 （　　　　　　　　　　）

電　話 （　　　　　　　　　　）

F A X （　　　　　　　　　　）

* **日程調整等で直接ご連絡いたしますので、**

**日中、連絡のとれる番号をご記入ください。**

7　申請者