

【申し込み先】春日市高齢課高齢者支援担当へ提出
FAX : 584-3090 または Email : kourei@city.kasuga.fukuoka.jp

令和 年 月 日

春日市長 宛

団体名 ()

代表者名 ()

令和7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
コミュニティカフェ 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)

<input type="checkbox"/> 1) フレイルを知ろう(フレイル予防)
<input type="checkbox"/> 2) からだイキキ体操(運動器機能向上)
<input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> コモチェック(運動器機能向上) ※参加人数20名まで
<input type="checkbox"/> 4) 楽しもう脳トレ!(脳の活性化)
<input type="checkbox"/> 5) お口の健康(口腔機能向上)
<input type="checkbox"/> 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。

7 申請者 氏名 ()
電話番号 ()
FAX番号 または Email アドレス
()

高齢課受付印