

【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)

<input type="checkbox"/> 1) フレイルを知ろう(フレイル予防)
<input type="checkbox"/> 2) からだイキイキ体操(運動器機能向上)
<input type="checkbox"/> 3) □□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 ( )

※ 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。

FAX ( )

高齢課受付印

Stamp area for the High Age Course Reception.