

専門職の介護予防出張講座 受講申込書

別紙1

令和 年 月 日

地域包括ケア課長 宛

団体名

代表者 氏 名

住 所

電話番号

専門職の介護予防出張講座を受講したいので、下記のとおり申込みます。なお、講座実施のため、この用紙に記入した情報を講師へ提供することに同意します。

記

希望日時	第一希望：令和 年 月 日（曜日） 時 分～ 時 分 第二希望：令和 年 月 日（曜日） 時 分～ 時 分 第三希望：令和 年 月 日（曜日） 時 分～ 時 分 ※実施希望日の3か月前までにお申し込みください。
会 場	名称： 住所：
希望内容 ※希望する内容に○をつけてください。（1つ）	1. 運動 2. 口腔（はじめよう！オーラルフレイル対策、口腔ケアで美味しい食事をいつまでも～口腔体操・唾液腺マッサージ等の紹介～） 3-1. 介護予防のための栄養 3-2. 高齢者のための栄養（減塩） 3-3. 高齢者のための栄養（骨粗しょう症） 4. 薬（薬との上手な付き合い方（正しい薬の知識）について、お薬手帳の活用、かかりつけ薬局について） 5. 耳の聞こえ（加齢に伴う聴力の低下と日常生活への影響、耳から始めるフレイル予防、聞こえのチェック） ※講座で、特に「こんなことがしたい」「こんな話が聴きたい」といった希望をご記入ください。
参加予定人数	_____人（うち65歳未満_____人 75歳以上_____人）
団体活動内容	※どのような活動をしている団体かご記入ください。 申請方法 ◎持参もしくは郵送 ◎二次元コードからも申請ができます。→ 