

* 介護予防セミナー 受講申込書 *

令和 年 月 日

【グループ名】 _____ 【担当者名】 _____

【連絡先】 郵便番号： _____ 住所： _____

電話： _____ 携帯： _____ FAX： _____

下記の講座を受講したいので、次のとおり申し込みます。

※ 講師等の調整のため、実施日の2ヶ月前までに申し込みください。

申込期間は4～12月、実施期間は6～2月、時間は午前10時～午後4時（終了）です。

※ 講座内容の詳細は、担当講師が聞き取り、調整します。

※ 講座終了後に、参加人数を檀原市役所 長寿介護課 包括支援係まで報告してください。

講 座	… ①～⑤で希望のメニュー1つに ☐ をつけてください … ☐ ①転倒予防（体を動かしながら転倒予防） 講師：理学療法士 ☐ ②認知症予防（体を動かしながら認知症予防） 講師：作業療法士 ☐ ③体操（家でも続けられる運動の指導） 講師：健康運動指導士 等 ☐ ④口腔ケア（お口のお手入れの仕方など） 講師：歯科衛生士 ☐ ⑤食生活（高齢期の食事のバランス、食材の選び方、食べ方など） 講師：管理栄養士 等	
時 間	… ①・②で希望のコース1つに ☐ をつけてください … ☐ ①60分コース ☐ ②90分コース	
受 講 日 時	第1希望	令和 年 月 日（ ） 午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分
	第2希望	令和 年 月 日（ ） 午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分
会 場	名 称	
	所 在 地	
参加予定人数	人	
備 考		