

平成 30 年度

公園で健康づくり出前教室 申込書



みなさんが主催する公園で行う運動教室に、専門の指導者が出向き、健康遊具を活用した介護予防運動の指導を行います。講師派遣について、必要事項をご記入後、下記の申し込み先まで郵送又は FAX で送付してください。後日、教室担当者（NPO 法人北九州スポーツクラブ連絡会）より、日時等の調整のご連絡をさせていただきます。なお、日時等について、ご希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。

〔派遣希望内容〕 受付番号： 受付日： 月 日（ ） 受付者：

派遣希望日時	H 年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分 (分間)	実施場所	公園 〔公園の住所〕 ※わかる範囲で記入 (区)
実施する運動教室(概要)	(例) 健康づくり推進員が主催する地域のイベント など		
参加者の概要	(例) ○○町内老人会の会員 など	参加者人数 (予定)	人
利用のきっかけ	※該当するものに○を付けてください。複数回答可。 チラシ ・ HP ・ 公園で健康づくり普及員の紹介 ・ 健康づくり推進員の紹介 市民センターの紹介 ・ 保健師の紹介 ・ その他 ()		

〔申込者情報〕 ※代表者（連絡先）の方の情報をご記入ください

申込者氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	T. S. 年 月 日 (歳)
住 所	〒 ー 北九州市				
対応可能な連絡手段	電話 ・ 携帯電話 ・ FAX ・ E-mail ・ 郵送 優先順位 () ・ () ・ () ・ () ・ () ※複数選択可 (対応可能なもの全てに○をつけてください)				
電話番号	ー ※携帯への連絡も可能な場合は下記に記入 携帯番号 (ー ー)		FAX 番号	ー	
E-mail					
雨天時の対応					
備考	※その他、連絡事項等がありましたら、ご記入ください				

お申し込み・お問い合わせ先

北九州市保健福祉局 認知症支援・介護予防センター
(担当) 宇野、古野

〒802-8560 小倉北区馬借 1-7-1 (電話) 522-8765 (FAX) 522-8773