

【希望日の2か月前までにご相談ください】

(送信先)北九州市認知症支援・介護予防センター FAX 093-522-8773

# サロンで健康づくり 講師派遣申込書

初回  
追加・変更

【申込内容】太枠の中にご記入ください。

受付番号: ( ) (圏域: 校区: ) サロンカルテ登録 ( )

グループ名			<input type="checkbox"/> 過去に依頼有 <input type="checkbox"/> 今回初めて	参加予定人数	人
代表者氏名	(まち協(自治会)役員・校区社協・民生委員・福祉協力員・館長・他( ))				
連絡先	申込者氏名:		(校区社協・民生委員・福祉協力員・館長・地域支援コーディネーター・他( ))		
	電話:	(FAX:電話と同じ・ )	携帯:		
実施場所	会場:		(市民センター・公民館・他( )) 【駐車場 あり・なし】		
	使用する部屋:				
定例活動日	毎月(第 週 曜日)・毎週( 曜日)・不定期				
活動時間	時	分	時	分	指導希望時間(基本60分)
	時	分	時	分	時
設備の状況	部屋(床・畳) ホワイトボード(有・無) プロジェクター(有・無) パソコン(有・無) イス(有・無)				
希望内容 (複数選択可)	希望に○	希望日	実際の派遣日程は各講座担当講師と調整の上決定いたします。【※印は年度内1回限り】		
			運動	自分たちで運動を続けられるコツを知りたい。(複数回依頼可能)	
	①	②	栄養	食べて元気にフレイルを予防しよう!(原則2回コース)【実演希望 あり・なし】	
	①	②	口腔	健康寿命はお口から～フレイル予防で健康生活～(年度内2回可能)	
	※		出張介護予防	フレイルや認知症予防のポイントと簡単な運動(講義と実技)	
	※		健康教育	質問票結果説明・血圧測定と健康診断は健康寿命を延ばすカギ(講話)	
	※		オリジナル介護予防体操体験会	① きたきゆう体操を体験(実技)	
	※		公園で健康づくり体験会	② ひまわり太極拳を体験(実技)	
	※		尿もれ予防体験会	公園健康遊具を使った健康づくりの体験(実技)	
	※		認知症支援	尿もれ・尿トラブルの基礎知識と予防体操(講義と実技)【年度内先着新規15団体限定】	
※		グループ活動支援	知って安心。認知症に対する備えと地域の支えあい(講話)		
※			どんなサロンにしていけばいいか一緒に考えてほしい(相談)		
連絡事項・要望					

【お問い合わせ・申込先】北九州市認知症支援・介護予防センター サロンで健康づくり担当  
 電話番号:093-522-8765 FAX番号:093-522-8773  
 メールアドレス [ho-ninchicenter@city.kitakyushu.lg.jp](mailto:ho-ninchicenter@city.kitakyushu.lg.jp)

質問票回収(担当に○)			運動	口腔	栄養	出張介護	その他
日付	入力	調整					
日付	入力	調整					
日付	入力	調整					