

FAX 093-522-8773 北九州市認知症支援・介護予防センター 行

【 講師派遣（サロンで健康づくり・出張介護予防講座）申込書 】

太枠内をご記入ください。

（郵送、メールはチラシ面下をご覧ください）

グループについて			
グループ名		初めての申し込みですか	はい いいえ
	校区社協・市民センター・自治会・まちづくり協議会・老人クラブ・自主グループ・その他		
代表者名		参加予定人数	人
連絡調整先	(ふりがな) 担当者 Tel 携帯電話番号		
活動状況	不定期・定例 (毎月第 曜日 毎週 曜日 毎月 日・その他) 活動時間 : ~ :		
申込内容			
希望に○	講座内容	希望日時 (60分~)	
1	サロン支援 (相談)	令和 年 月 日 () : ~ :	
2	フレイルチェック (講話、血圧測定)	令和 年 月 日 () : ~ :	
3	フレイル予防 (90分)	令和 年 月 日 () : ~ :	
4	口コモ予防 (90分)	令和 年 月 日 () : ~ :	
5	口腔	令和 年 月 日 () : ~ :	
6	栄養 【実演希望 あり・なし】	令和 年 月 日 () : ~ :	
7	認知症への備え	令和 年 月 日 () : ~ :	
8	認知症予防 (講話と予防体操)	令和 年 月 日 () : ~ :	
9	介護予防のための運動	令和 年 月 日 () : ~ :	
10	きたきゅう体操 (60~120分)	令和 年 月 日 () : ~ :	
11	ひまわり太極拳 (60~120分)	令和 年 月 日 () : ~ :	
12	公園健康遊具	令和 年 月 日 () : ~ :	
13	公園ウォーキング	令和 年 月 日 () : ~ :	
14	尿もれ予防 (※新規優先 先着 15 団体)	令和 年 月 日 () : ~ :	
場所	会場名 (12・13は公園名も) 住所 設備状況 部屋(床・畳) 机(有・無) ホワイトボード(有・無) プロジェクター(有・無) パソコン(有・無) 駐車場(有・無)		
その他 要望等			

受付番号 7- (圏域: 校区:) サロンカルテ番号 (新:) 【初回・追加・変更】

【相談・申込先】 〒802-8560 小倉北区馬借1丁目7-1
北九州市保健福祉局 認知症支援・介護予防センター
TEL 093-522-8765 FAX 093-522-8773
メール: ho-ninchi@city.kitakyushu.lg.jp

詳細はホームページ

