**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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡**  **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** | | | | |
| **希望に〇** | **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** | **ロコモ予防 (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**  **駐車場（有・無）**  **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）** | | | |
| **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】** |

詳細はホームぺージ



**【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**