

# サロンで健康づくり 講師派遣 申込書

みなさんが主催するサロンに、介護予防・健康づくりの専門職が伺い、講話や実技など、グループの状況に合わせた取り組み方法を伝授します。申込書受付後、こちらから調整のための連絡をいたします。  
希望日の2か月前までにまずはご相談ください。

〔相談内容〕 ※太枠の中にご記入ください。

受付番号：

グループ名 概要	名称： (校(地)区社協、老人会、その他 ( ))	参加人数 (予定)	人
実施場所	会場： 〔住所〕	部屋の状況 いすの有無 ホワイトボードの有無	床 ・ 畳 有 ・ 無 有 ・ 無
駐車場の 有・無	有 ( 台可 ) ・ 無	パソコン プロジェクター	有 ・ 無 有 ・ 無
定例活動日	毎月(第 週 曜日)・毎週( 曜日)	活動時間	: ~ :
やって みたいこと (複数可)	当てはまる項目に○を付けてください。(複数可)		
	健康寿命を延ばすためにロコモやフレイルについて知りたい(出張介護)		
	認知症について学び、脳活性化できる楽しい体操を教えてください(出張介護)		
	みんなと一緒に運動を継続するにはどうすればいいかアドバイスが欲しい(サロン運動)		
	おいしく食べて健康になれる方法を知りたい(サロン栄養)		
	オーラルフレイルを防ぐ、お口の体操やお手入れ方法を教えてください(サロン口腔)		
	北九州市オリジナルの体操(きたきゅう体操・ひまわり太極拳)を体験して続けたい		
	公園にある健康遊具の使い方を教えてください(公園出前)		
	尿もれ・尿トラブルを予防して活動的に過ごしたい(尿もれ予防体験会)		

〔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	〔民生委員・福祉協力員・地域支援コーディネーター・その他( )〕		
電話番号	— (携帯: )	FAX 番号	—
備考			

受付日: 受付者: 調整 済 ・ 未  
【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