

※希望日の2か月前までにまずはご相談ください。

申込先 FAX 番号 093-522-8773 (認介C)

# 令和4年度サロンで健康づくり 講師派遣 申込書



〔申込内容〕 ※太枠の中にご記入ください。 受付番号: ( ) (圏域: 校区: )

グループ名			口過去に依頼有 口今回初めて	参加予定 人数	人
申込者氏名	(代表・民生委員・福祉協力員・館長・地域支援コーディネーター・他)				
連絡先	(※折り返しの連絡がつく連絡先をご記入ください)		【連絡最優先に○ 電話・携帯・メール・FAX】		
	電話:	携帯:	Fax:		
メールアドレス	@				
実施場所	会場:	(市民センター・公民館・他)	部屋の状況 いすの有無	床	量
	使用する部屋: 〔住所〕	【駐車場 あり・なし】	ホワイトボードの有無	有	無
			パソコン	有	無
			プロジェクター	有	無
定例活動日	毎月 (第 週 曜日)・毎週・( 曜日)・不定期				
活動時間		指導希望時間			
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】		
			【サロン運動】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	【サロン栄養】おいしく食べて健康になろう!! (原則2回コース)		
			【サロン口腔】オーラルフレイル・誤えん性肺炎を防ごう! (年度内2回まで)		
			【オリジナル介護予防体操】きたきゅう体操・ひまわり太極拳を体験(実技)		
			【公園健康遊具体験会】公園にある健康遊具の使い方を体験(実技)※		
			【尿もれ予防体験会】尿もれ・尿トラブルの基礎知識と予防体操(講義と実技)※		
			【出張介護予防講座】ロコモやフレイルの予防と運動(講義と実技)※		
			【出張介護予防講座】楽しく認知症予防体操をやってみよう!(講義と実技)※		
			【認知症支援】知って安心。認知症に対する備えと地域の支えあい(講話)		
		【健康教育】血圧測定と健康診断は健康寿命を延ばすカギ(講話)※			
		【活動支援】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					

受付日:	入力:	調整 済・未	アセス: 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:宇野・福田)

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)