

サロンで健康づくり（口腔）申込書

みなさんが主催するサロン活動に、歯科衛生士が出向き、介護予防に関する口腔についての講話等を行います。まずは、お電話ください。必要事項をご記入後、下記の申し込み先まで FAX 又は電話、郵送でお申込みください。後日、担当よりご連絡をさせていただきます。なお、日時等、ご希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。

〔派遣希望内容〕 ※太枠の中にご記入ください。

受付番号：

グループ概要	名称： (校区社協、老人会、その他())	参加人数 (予定)	人
実施場所	会場： 〔住所〕	駐車場の有無	有 ・ 無
		部屋の状況 いすの有無	床 ・ 畳 有 ・ 無
健康マイレージ 団体登録	済 ・ 未	ホワイトボードの有無	有 ・ 無
希望内容 ※ご希望の日時 をご記入ください	1回のみ利用	2回利用	
	月 日 () : ~ :	1回目 月 日 () : ~ :	2回目 月 日 () : ~ :
1回目と2回目の間は1か月以上あけて日程をご記入ください。			
定例活動日	(毎月第 曜日) 時間 : ~ :		
現在の活動内容 (概要)	運動 () ・ 茶話会 ・ カラオケ ・ おでかけ ・ 趣味活動 () その他 ()		
利用の きっかけ	※該当するものに○を付けてください。複数回答可。 区社協の紹介 ・ チラシ ・ 健康づくり推進員の紹介 ・ 市民センターの紹介 福祉協力員 ・ その他 ()		

〔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			

※以下は、記入不要です。

受付日：	受付者：	サロン運動受講 済 ・ 未	サロン栄養受講 済 ・ 未
------	------	---------------	---------------

【お問い合わせ・申込み先】 北九州市認知症支援・介護予防センター

電話番号:522-8765 FAX番号:522-8773 サロンで健康づくり(口腔)まで