

申し込み先：健康推進課 FAX(926)6006

令和7年度 講師派遣事業 申込書



申込日 令和 年 月 日

(太枠の中をご記入ください)

団体名		行政区	※サロン以外からの申し込みの場合は未記入で構いません
会場		参加予定人数	
代表者 連絡先	住所		
	氏名	TEL 携帯	— — —

希望する講師派遣の欄にご記入ください

1～12 講話	※希望するものを○で囲んでください(1つのみ)			
	1 保健師講話	健康推進課	5 排尿(尿もれ)	包括支援センター 高齢者支援課
	2 管理栄養士講話		6 季節に合わせた健康管理	
	3 歯科衛生士講話		7 自分の権利を守るために	
	4 健康運動指導士(軽運動)		8 介護保険入門	
			9 認知症予防	
			10 人生会議	
			11 地域包括ケアシステム	
			12 訪問診療	
	希望日 (第2希望まで)	第1希望 第2希望	月 日 () 月 日 ()	※派遣は1回です
	派遣時間	時 分 ～		
13 音楽 レクリエーション	希望日 (第2希望まで)	第1希望 第2希望	月 日 () 月 日 ()	※派遣は1回です
	派遣時間	時 分 ～ (60分・90分)		
14 軽運動 レクリエーション	希望日 (第2希望まで)	第1希望 第2希望	月 日 () 月 日 ()	※派遣は1回です
	派遣時間	時 分 ～ (60分)		
15 調理 実習	希望日 (第2希望まで)	第1希望 第2希望	月 日 () 月 日 ()	※派遣は1回です
	派遣時間	時 分 ～ (180分)		