様式１　　　　　　　　　　　　　　（表）

　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

健康応援団派遣事業利用申請書

　由布市　高齢者支援課　課長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名

　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　代表者住所

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

標記の事業を利用したいので、下記および裏面のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 開催場所 |  |
| 参加予定者数 |  |
| 講義などに関して具体的な希望があればご記入ください。 |  |

希望講義内容

(裏)

注※年間利用回数は３回（３日程）までです。

（１）年間コースメニュー

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | メニュー | 希望日時 |
|  | 転ばぬ先の転倒予防コース | １回目：令和　　年　　月　　日（　　）　：　　～　：２回目：令和　　年　　月　　日（　　）　：　　～　：３回目：令和　　年　　月　　日（　　）　：　　～　： |
|  | 命の入り口　お口の健康コース | １回目：令和　　年　　月　　日（　　）　：　　～　：２回目：令和　　年　　月　　日（　　）　：　　～　：３回目：令和　　年　　月　　日（　　）　：　　～　： |
|  | 認知症の正しい理解コース | １回目：令和　　年　　月　　日（　　）　：　　～　：２回目：令和　　年　　月　　日（　　）　：　　～　：３回目：令和　　年　　月　　日（　　）　：　　～　： |

（２）単発講義メニュー

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 職種 | 希望日時 | メニュー |
|  | 理学療法士 | 　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　： | □転倒・骨折の予防　□尿漏れ予防　□体力年齢の測定　□フレイルとは |
|  | 作業療法士 | 　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　： | □認知症について　□運転について□生活不活発病について |
|  | 言語聴覚士 | 　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　： | □加齢性難聴の理解□誤嚥の予防　□オーラルフレイル |
|  | 歯科衛生士 | 　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　： | 正しい口腔ケアと口腔体操 |
|  | 管理栄養士 | 　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　： | 高齢者の丈夫な身体づくりに必要な食事 |
|  | 健康運動指導士　　 | 　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　： | 転倒予防と自宅でできる運動 |
|  | 薬剤師 | 　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　： | □正しい服薬管理　□家庭でできる食中毒と感染症の予防 |
|  | 認知症地域支援推進員 | 　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　： | 認知症サポーター養成講座 |
|  | 介護支援専門員 | 　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　： | 介護保険制度の正しい利用について |
|  | 地域包括支援センター |  年　　月　　日（　）　　：　　～　　： | これからあんしん塾 |

↑希望する欄に〇をして利用希望日時を記入してください。（２）単発講義メニューについては受講するメニューに☑をつけてください。

様式１－１　　　　　　　　　　　　（表）

　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

健康応援団・生きがい応援団派遣事業利用申請書

　由布市　高齢者支援課　課長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名

　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　代表者住所

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

標記の事業を利用したいので、下記および裏面のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 開催場所 |  |
| 参加予定者数 |  |
| 講義などに関して具体的な希望があればご記入ください。 |  |

生きがい応援団希望講義内容

※ガイドブックを参照し、講座No.と講師名、日時を記入してください。

講座No.（　　）講師名（　　　　　　）日時：　 年　 月　 日(　)　　時～ 　時

講座No.（　　）講師名（　　　　　　）日時：　 年　 月　 日(　)　　時～　 時講座No.（　　）講師名（　　　　　　）日時：　 年　 月　 日(　)　　時～　 時

健康応援団希望講義内容

注※年間利用回数は３回（３日程）までです。

(裏)

（１）年間コースメニュー

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | メニュー | 希望日時 |
|  | 転ばぬ先の転倒予防コース | １回目：令和　　年　　月　　日（　　）　：　　～　：２回目：令和　　年　　月　　日（　　）　：　　～　：３回目：令和　　年　　月　　日（　　）　：　　～　： |
|  | 命の入り口お口の健康コース | １回目：令和　　年　　月　　日（　　）　：　　～　：２回目：令和　　年　　月　　日（　　）　：　　～　：３回目：令和　　年　　月　　日（　　）　：　　～　： |
|  | 認知症の正しい理解コース | １回目：令和　　年　　月　　日（　　）　：　　～　：２回目：令和　　年　　月　　日（　　）　：　　～　：３回目：令和　　年　　月　　日（　　）　：　　～　： |

（２）単発講義メニュー

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 職種 | 希望日時 | メニュー |
|  | 理学療法士 | 　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　： | □転倒・骨折の予防　□尿漏れ予防　□体力年齢の測定　□フレイルとは |
|  | 作業療法士 | 　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　： | □認知症について　□運転について□生活不活発病について |
|  | 言語聴覚士 | 　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　： | □加齢性難聴の理解□誤嚥の予防　□オーラルフレイル |
|  | 歯科衛生士 | 　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　： | 正しい口腔ケアと口腔体操 |
|  | 管理栄養士 | 　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　： | 高齢者の丈夫な身体づくりに必要な食事 |
|  | 健康運動指導士　　 | 　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　： | 転倒予防と自宅でできる運動 |
|  | 薬剤師 | 　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　： | □正しい服薬管理　□家庭でできる食中毒と感染症の予防 |
|  | 認知症地域支援推進員 | 　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　： | 認知症サポーター養成講座 |
|  | 介護支援専門員 | 　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　： | 介護保険制度の正しい利用について |
|  | 地域包括支援センター |  年　　月　　日（　）　　：　　～　　： | これからあんしん塾 |

↑希望する欄に〇をして利用希望日時を記入してください。（２）単発講義メニューについては受講するメニューに☑をつけてください。

様式２

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　由布市　高齢者支援課　課長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

健康応援団・生きがい応援団派遣事業実施報告書

標記の事業を実施しましたので、以下のとおり報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 講　　師 |  |
| 内　　容 |  |
| 実施日時 | 令和　　年　　月　　日　　　時　　分　～　　時　　分 |
| 開催場所 |  | 参加者数 | 　　　　　　　人 |
| 感　　想 |  |

様式３

参加者名簿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 年齢 | 性別 |
| １ |  |  | 男 ・ 女 |
| ２ |  |  | 男 ・ 女 |
| ３ |  |  | 男 ・ 女 |
| ４ |  |  | 男 ・ 女 |
| ５ |  |  | 男 ・ 女 |
| ６ |  |  | 男 ・ 女 |
| ７ |  |  | 男 ・ 女 |
| ８ |  |  | 男 ・ 女 |
| ９ |  |  | 男 ・ 女 |
| 10 |  |  | 男 ・ 女 |
| 11 |  |  | 男 ・ 女 |
| 12 |  |  | 男 ・ 女 |
| 13 |  |  | 男 ・ 女 |
| 14 |  |  | 男 ・ 女 |
| 15 |  |  | 男 ・ 女 |
| 16 |  |  | 男 ・ 女 |
| 17 |  |  | 男 ・ 女 |
| 18 |  |  | 男 ・ 女 |
| 19 |  |  | 男 ・ 女 |
| 20 |  |  | 男 ・ 女 |
| 21 |  |  | 男 ・ 女 |
| 22 |  |  | 男 ・ 女 |

別紙１

申請団体の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 団体の種類※あてはまるものに○ | 自治会・老人クラブ・運動の集まり・趣味の集まりその他（　　　　） |
| 年齢層※概ねの年代に○ | ６０代　・　７０代　・　８０代以上 |
| 会場 |  |
| 会場の環境※あてはまるものに○ | 床： フローリング ・ 畳 ・ 絨毯 その他（　　　　　　　　　　　　　）椅子：座布団・パイプ椅子・座敷用椅子（低い物）その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 | ※参加者の特徴や、講話に関してのご要望等があれば記入してください。（例：足腰に痛みのある人が多いので、座ってできる内容が良い　等） |