

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。	

(裏)

注※年間利用回数は3回（3日程）までです。

## 希望講義内容

## (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 ( ) : ~ :	<input type="checkbox"/> 転倒・骨折の予防 <input type="checkbox"/> 尿トラブルとの上手な付き合い方 <input type="checkbox"/> 体力年齢の測定 <input type="checkbox"/> フレイルとは
作業療法士	年 月 日 ( ) : ~ :	<input type="checkbox"/> 認知症について <input type="checkbox"/> 運転について <input type="checkbox"/> 生活不活発病について
言語聴覚士	年 月 日 ( ) : ~ :	<input type="checkbox"/> 加齢性難聴の理解 <input type="checkbox"/> 誤嚥の予防 <input type="checkbox"/> 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 ( ) : ~ :	食事でも筋活&骨活を！高齢者の 栄養講座
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 ( ) : ~ :	<input type="checkbox"/> 正しい服薬管理 <input type="checkbox"/> 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 ( ) : ~ :	<input type="checkbox"/> 認知症サポーター養成講座 <input type="checkbox"/> 認知症 地域で見守り・声かけ講座
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○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			

## 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