

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。	

(1) 年間コースメニュー

メニュー	希望日時
目指せ健幸で 100歳 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 お口と栄養 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 () : ~ :

↑希望する欄に○をして利用希望日時を記入してください。

(裏)

(2) 単発講義メニュー

	メニュー	希望日時
	目指せ健幸 100 歳！ 暮らしの中での元気アップ術！	年 月 日 () : ~ :
	目指せ健幸 100 歳！ 体力測定とフレイルチェック(2回コース)	1 回目 年 月 日 () : ~ : 2 回目 年 月 日 () : ~ :
	介護予防と自宅でできる運動	年 月 日 () : ~ :
	転倒・骨折予防	年 月 日 () : ~ :
	認知症予防講座(脳トレ付き)	年 月 日 () : ~ :
	認知症サポーター養成講座	年 月 日 () : ~ :
	認知症 地域で見守り・声かけ講座	年 月 日 () : ~ :
	正しくできてる？お口のケアとお口の体操	年 月 日 () : ~ :
	むせるのは年のせい？誤嚥の予防	年 月 日 () : ~ :
	いつもでも会話と食事を楽しむために！ お口の衰え予防講座	年 月 日 () : ~ :
	難聴へのそなえの話	年 月 日 () : ~ :
	尿トラブルとの上手な付き合い方	年 月 日 () : ~ :
	食事でも筋活&骨活を！高齢者の栄養講座	年 月 日 () : ~ :
	家庭でできる食中毒の予防	年 月 日 () : ~ :
	高齢者の自動車運転について	年 月 日 () : ~ :
	正しい服薬管理について	年 月 日 () : ~ :
	介護保険制度の正しい利用について	年 月 日 () : ~ :
	これからあんしん塾	年 月 日 () : ~ :

↑希望する欄に○をして利用希望日時を記入してください。