

介護予防出張講座申込書

社会福祉法人 小松島市社会福祉協議会
事務局長 殿

令和 年 月 日

団 体 名
代表者住所
氏 名
連 絡 先

下記の講座を開催したいので貴職員の派遣をお願いします。

記

- 1 開催希望日時 令和 年 月 日 (曜日)
時 分～ 時 分
- 2 開催希望場所 名 称
所在地
- 3 参加予定者人数 _____ 名
- 4 講座内容 (希望の内容に○)

<input type="checkbox"/>	お口の手入れ方法 (歯や入歯)	<input type="checkbox"/>	健康体操 (阿波踊り体操・いきいき百歳体操)
<input type="checkbox"/>	お口の体操	<input type="checkbox"/>	健康体操 (座位運動・ストレッチ等)
<input type="checkbox"/>	低栄養の予防	<input type="checkbox"/>	認知症予防の体操 (コグニサイズ等)
<input type="checkbox"/>	介護保険制度	<input type="checkbox"/>	熱中症・脱水・感染症等に関すること
<input type="checkbox"/>	権利擁護・成年後見制度	<input type="checkbox"/>	高齢者に多い疾患とその予防
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

- 5 その他