

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"/>	阿波踊り体操
<input type="checkbox"/>	お口の体操	<input type="checkbox"/>	健康体操
<input type="checkbox"/>	低栄養の予防	<input type="checkbox"/>	権利擁護・成年後見制度
<input type="checkbox"/>	栄養バランスのとり方	<input type="checkbox"/>	高齢者の健康 (脱水・感染症・転倒予防等)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

5 その他