出張介護予防講座　申込書（Word形式）

【確認事項】

**〈対象〉**・65歳以上で構成された市民（5人以上のサロン、グループなど）

　　　　 　・市民センターや地域で活動している団体などが主催する講座やイベント

**（**条件：①営利目的としていない　②年度内１回のみ）

**〈派遣日時〉** 月曜日～金曜日 10：00 ～ 17：00 (年末年始を除く)　60分～90分程度

**〈派遣費用〉**無料

**〈申込方法〉**①希望日の２か月前までにセンターに問い合わせ **⇒** ②日程調整 **⇒** ③申込書提出

　　　　　　　　　（**申し込み：FAXまたは郵便、メール、電子申請にて）**

**【申込内容】**上記をご確認の上、太枠内をご記入ください。

　　　をクリックすると入力、選択ができます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **■講座名または**  **グループ名** |  | 参加予定人数  　　 　　　人 |
| **■概要**  **(選択してください)** | 選択してください  **ーーー** | |
| **■希望日時** | 日付を選択してください  (　　　～　　　) | |
| **■実施場所** | 会場： | 駐車場  選択してください |
| 住所: 北九州市 | |
| **■講座内容**  **□に✓して下さい** | **フレイルチェックで健康長寿（講話＋実技）９０分**  **フレイル・ロコモについて学ぼう（講話＋実技）６０分～**  **認知症予防体操を学ぼう（講話＋実技）６０分～**  **その他(**　 ） | |
| **■要　　望** |  | |
| **■代表者氏名** | （ふりがな）  　氏　名：  選択してください/ 　/ | |
| **■連絡担当者**  **（講座当日も連絡可能な番号を記載ください）** | （ふりがな）  　氏　名  選択してください/ 　/ | |
| 電話番号： 　 （FAX：　）　選択してください | |
| 携帯電話： | |
| メールアドレス： | |

**【問い合わせ・申し込み先】**

**北九州市保健福祉局 認知症支援・介護予防センター　「出張介護予防講座」　担当**

**〒802-8560　　北九州市小倉北区馬借１丁目7-1**

**TEL： ５２２－８７６５　　　FAX： ５２２－８773　メール：**[**ho-ninchi@city.kitakyushu.lg.jp**](mailto:ho-ninchi@city.kitakyushu.lg.jp)