

山形市地区介護予防講座申込書

年 月 日

(あて先) 山 形 市 長

団体名：_____

代表者氏名：_____

担当者氏名：_____

住所 〒 _____
山形市 _____
電話番号 _____

山形市地区介護予防講座の実施を希望しますので、次のとおり申し込みます。

介護予防講座テーマ		内 容	時 間	希望するものに○印をつけてください。
①	介護予防（運動）	筋肉を使う運動、ストレッチ等について健康運動指導士等による実技・講話	60 分	
②			90 分	
③	介護予防（栄養）	管理栄養士によるバランスのとれた食事についての講話等	60 分	
④			90 分	
⑤	介護予防（口腔）	食事や会話を楽しみ、口の筋力や免疫力向上についての講話・実技等	60 分	
⑥			90 分	
⑦	介護予防（閉じこもり）	活動的に過ごすための取組みについての保健師等による講話等	60 分	
⑧			90 分	
⑨	介護予防（認知症予防）	脳を活性化させる取組みについて（音楽レクリエーション、脳トレ等）	60 分	
⑩			90 分	
⑪	介護予防（うつ予防）	心身ともに健康な生活を送るための取組みについて保健師等による講話等	60 分	
⑫			90 分	
⑬	山形市で実施している介護予防事業について	介護が必要な状態にならないための様々な事業についての紹介等	60 分	
⑭			90 分	
⑮	その他（具体的にご記入ください）			分
第一希望日時	年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分			
第二希望日時	年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分			
実施会場	名称： 所在地：山形市			
参加予定人数	人			
年齢構成・特徴など				

※できるだけ多くの団体で開催できるように、一つの団体での開催は年度内（4月～2月まで）に1回となります。

【申し込み・問い合わせ先】

山形市福祉推進部長寿支援課 予防推進係
〒990-8540 山形市旅籠町二丁目3番25号
TEL 023-641-1212(内線 599)
FAX 023-624-8398