

益城町介護予防活動支援講師派遣事業介護予防活動支援講師登録申請書

年 月 日

益城町長 様

申請者氏名

介護予防活動支援講師として登録を希望しますので、益城町介護予防活動支援講師派遣事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

記

ふりがな				生年月日	年	月	日
氏名							
連絡先	住所	(郵便番号 —)					
	電話				ファクシミリ		
	メールアドレス						
所属団体							
免許・資格等	※本事業に関する免許・資格等の名称（取得年月）						
経歴	※地域での指導又は介護予防指導等の実績						
その他特記事項							

【介護予防プログラム登録内容】※登録内容については、講師氏名とともに公表いたします。

講座名							
サブタイトル							
講座内容							
期待できる効果	1. 運動器機能向上 2. 低栄養改善 3. 口腔機能改善 4. 認知症予防 5. その他 ()						
形式	1. 立位 2. 座位 3. 椅子使用 4. その他 ()						
対象者							
対応人数	1. 制限あり (人以内) 2. 制限なし						
派遣対応可能曜日等	曜日	1. 月曜日 2. 火曜日 3. 水曜日 4. 木曜日 5. 金曜日 6. 土曜日 7. 日曜日 8. その他 ()					
	時間帯	1. 午前 (時 分～ 時 分) 2. 午後 (時 分～ 時 分)					
	その他	(派遣対応ができない日時等がありましたらご記入ください。)					