

R8 保健センター健康講座申込書

令和 年 月 日

健康に関するお話や健康体操など、みなさまの健康づくりのお手伝いさせていただきます！

団体名 _____ 申込者 _____

電話 (_____) - _____ FAX、Email _____

A 健幸シニア応援プログラム (メイン講話は下記3種類より1つ選択)
 ① 運動 ② 食事 ③ 口腔

B 認知症予防 : 頭を使って身体を動かすコグニサイズやお口の健康等

C 転倒予防・体操 **D 栄養** (年間2回まで受講可 (Gは除く))

E 歯科・口腔 **F その他** (希望内容ご記入ください)

G 身体とお口の健康測定会 : 身体の機能・能力やお口の機能チェック

◎希望日時、内容(上記A～Gからお選びください)

内容(同日1つまで)		日 時	※必ず第2希望までご記入ください
A①・A②・A③・B C・D・E・F	1回目	第1希望 ____月__日(____) ____:____ ~ ____:____ 第2希望 ____月__日(____) ____:____ ~ ____:____	
A①・A②・A③・B C・D・E・F	2回目	第1希望 ____月__日(____) ____:____ ~ ____:____ 第2希望 ____月__日(____) ____:____ ~ ____:____	
G 身体とお口の健康測定会		第1希望 ____月__日(____) ____:____ ~ ____:____ 第2希望 ____月__日(____) ____:____ ~ ____:____	

◎会 場 _____ ◎会場住所 _____

(会場設備: 和室・洋室・机・椅子・座布団・机付ボード・マイク・TV・DVD再生機)
 ※体操を行う際は、スリッパ等は脱いで行います。上靴が必要な場合は持参してください。

◎参加予定人数 _____ 名 参加者年齢 _____ 歳代

◎予約日時等記入欄 (決定後、メモとしてご利用ください)

【1回目】 日時: ____月__日(____) ____:____ ~ ____:____ 当日担当 _____

【2回目】 日時: ____月__日(____) ____:____ ~ ____:____ 当日担当 _____

【健康測定】 日時: ____月__日(____) ____:____ ~ ____:____ 当日担当 _____

【健康推進課記入欄】
 (連絡がつながりやすい時間帯・曜日など)

【問い合わせ】 知多市健康推進課(保健センター)
 電話:0562-54-1300 / FAX:0562-55-3838 / Email:hokennet@city.chita.lg.jp

R8 保健センター健康講座申込書

【健康推進課 記入欄】

申込受付:

	当日担当者	入力	車予約	講師依頼	連絡事項等
【1回目】					
【2回目】					
【健康測定】					

以下自由記載

◎ 聞き取り・確認方法: 面接 ・ TEL ・ その他()