**フレイル予防・健康づくり出前講座**

**プログラム　申請書**

令和　　　年　　　月　　　日

柏市　地域包括支援課　　あて

　下記のとおり、地域のフレイル予防活動のためのフレイル予防プログラムの提供を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| **グループ名** |  |
| **グループの種類** | 協議会等の団体・町会・支援団体等サロン・通いの場・シニアクラブ・サークル等その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | 柏市記入欄 |
| ①のみ①～⑦ |
| **代表者名** | 氏名　　　　　　　　　　　　　　**℡**　　　－　　　－住所　〒　　　　　　　　 |
| **申請者**（講師との調整者） | 本申請に関する内容相談のため、講師に連絡先を情報提供することに同意します。　　　　　　　　　　〒氏名：　　　　　　　　　住所：　　　　　　　　　　　　　※本申請に関して連絡が取れる方　**℡**： |
| **派遣希望日時**（第1希望） | 令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分**※①以外は１時間の講座です。講師が開始できる時間を記入して下さい。** |
| **派遣希望日時**（第2希望） | 令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分**※第２希望までご記入ください**。 |
| **希望する****プログラムを****１つ**（○で囲む） | №1　フレイルチェック（ フル ・　簡易 )№2　栄養からフレイル予防№3　お口の健康とフレイル予防№4　かしわロコトレ！№5　体操やレクリエーションで楽しくフレイル予防№6　体幹しっかり転倒予防№7　頭活き活きもの忘れ予防 |
| **会　　　場** | 名称住所 |
| **講師用駐車場** | なし・あり（　　　　台）※会場から離れている場合は場所をお示しください。 |
| **備　　　考** |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付者　　　　　受付日

【申請する際の留意事項】

　(1) 主催者は会場予約、設営、広報予定について計画の上、申請してください。

　(2) 主催者側は、健康管理上自己責任において参加するよう参加者にお伝えください。

　(3) 提出は、郵送・持参・メール・FAXでお願いします。

【申込先】⇒　柏市　地域包括支援課　〒277-0005 柏市柏五丁目8-12教育福祉会館1階　　　　　　　　　　　　　　電話：04-7167-2318 / FAX：04-7167-838１　**（FAXの場合は送信時にお電話ください）**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メール：chikihokatsu@city.kashiwa.chiba.jp　**（メール申請の際はパスワードの添付が必要）**

裏面もご記入ください

|  |
| --- |
| **フレイル予防・健康づくり出前講座　プログラム申請書（裏）** |
| 参加予定人数 | 　　　　 　人　程度 （5名以上の参加の御協力をお願いします）　 |
| 参加者の状態 |
| ●参加者の年代（例：60代～80代）**:　⇒ （ 代～　　　代 ）**●参加者の身体状況や健康状態、講座運営上配慮が必要な方　（例：健康状態良好、足が不自由な方が○○人いる、耳が遠い方が△△人いる）　⇒　　　　　　　　　　　　　　　　●その他：　 |
| 開催場所について |
| ●履物の状況（ 上履きが必要 ・ 靴下 ・ 土足　）　スリッパの貸し出し（ 有 ・ 無 ）●部屋の状況：　畳　・　フローリング　・　その他（　　　　　　　　　）　　　　　　　　◦広さ　　　　　　畳程度　・もしくは　　　　　㎡　　　　　　　　◦机　（人数分）　　無　　・　　有　　　　　　　　◦椅子（人数分）　　無　　・　　有　　　　　　　※「No.1フレイルチェック講座」では机・椅子が必要です。 |
| 会場に入れる時間 | 　(　AM　・　PM　）　　　　　時　　　　分　　頃　※「No.1フレイルチェック講座」の場合，45分前にはボランティア（フレイル予防サポーター）の方が会場へ入れるようご協力をお願いいたします。（会場準備が必要になります） |
| 主催者側で準備できるもの（該当項目に○） | ・マイク ・プロジェクター　　　　　　　・ポスター等が貼れるもの⇒（　ホワイトボード，黒板，壁に直接テープや画びょう等でOK　　）　　　　　　　　　　　　　　　・その他★「No.４　かしわロコトレ！」の場合使用できる機材について　　　　　　　　　　　　　（　CDプレイヤー，　DVDデッキ，　プロジェクター，　　　　） |
| その他 |  |