　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

南砺市地域包括支援センター長あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 【依頼者】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名・グループ名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　：

　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名：

　講師派遣依頼書

この度、介護予防に関する研修会を下記のとおり行います。つきましては、地域包括支援センターの講師派遣を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日　　　　　　　時 | | 令和　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　日　（　　　　　）  ( 午前　・　午後 )　　　 　時　　　　分　～　　　　　時　　　　分 | | | |
| 場　　　　　　　所 | | （住所：　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 団体・グループ名 | |  | | | |
| 内　容 | ご希望の内容に  **○をつけてください**  （　　　　　）内に、  **聞きたい内容や**  **地区の状況**など、  具体的に記入願  います。 |  | ①介護予防(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
|  | ②運動(　　　　　　　　　　　　　　　 ) | | 運動、口腔、認知症予防の場合の講師謝礼の支払い方法について〇をつけてください。  （ ）包 括から（ 　)主催者から |
|  | ③口腔( 　　 ) | |
|  | ④認知症予防 | A 笑いヨガ(　　　　　　　　　　 ) |
|  | Ｂ 臨床美術(　　　　　　　　 ) |
|  | Ｃ 音楽療法（　　　　　　 　） |
|  | Ｄ 認知症サポーター  養成講座( 　 ) |
|  | Ｅ 回想法( 　　 ) |
| **参加予定人数** | | 名（男性：　　　　名・女性：　　　　名）  ＊年齢構成：　　　　　　　　才代(一番多い年齢層をご記入ください) | | | |

<連絡先>　講師から連絡がある場合があります。

氏 名:　　　　　　　　　　　　　　 住 所 : 南砺市

電 話:　　　　　　　　　　　　(　自宅　・　携帯　)　FAX:　　　　　 　　　　　　　　（　無　・　自宅と同じ　）

<問い合わせ・申込先>　南砺市地域包括支援センター 担当：山下

電話：２３－２０３４　　FAX：８２-４６５７(FAXでの提出可能)