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 ：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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に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：南砺市　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 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、  具体的にご記入  ください。 |  | ①介護予防(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
|  | ②運動(　　　　　　　　　　　　　　　 ) | | 運動、口腔、認知症予防の場合は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  （　　　）依頼者から |
|  | 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：　　　　　　　　歳代(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：　　　　　　　　　　　 　(　携帯 ・ 自宅 ・ 勤務先　)　FAX：　　　　 　　　　（　無 ・ 自宅と同じ ）

<申込先>　南砺市地域包括支援センター

電話：２３－２０３４　　FAX：８２-４６５７(FAXでの提出可能)