令和　　年　　月　　日

鏡野町在宅医療・介護連携事業「出前講座」申込書

下記のとおり出前講座を申込します。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  団　体　名 |  |
| （ふりがな）  代表者名  代表者連絡先 | ふりがな  氏 　名  住　 所　鏡野町  電　 話  ※連絡がつきやすい電話番号の記入をお願いします。 |
| 希望日時  （候補日） | 第１候補日  令和　　　年　　　月　　　日（　　　）  午前・午後　　　時　　　分～　　　時　　　分  第2候補日  令和　　　年　　　月　　　日（　　　）  午前・午後　　　時　　　分～　　　時　　　分 |
| 希望場所  (活動場所と住所） | 会場名  （住所：鏡野町　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 講座内容 | ※ご希望内容に〇をつけてください  １．フレイル予防・栄養指導  2．運動指導・身体の痛み予防  ３．認知症予防 |
| 対象者  予定人数 | 対象者（年齢層等）：  予定人数　約　　　　名程度 |
| その他  必要物品、等 | ★下記の内容であてはまるところに〇印をしてください。  ①会場にマイクの設備はありますか　（　ある　・　ない　）  ②会場にホワイトボードはありますか　（　ある　・　ない　）  ③会場について教えてください　（　いす　・　畳　・　テーブル　）  ④その他　必要物品（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

同　　意　　書

**出前講座開催時の写真をかがみの広報誌、鏡野町役場ホームページ等に**

**使用することに**

**同意します　　　　／　　　　同意しません**

（個人が特定されないようプライバシーに配慮いたします）

令和　　年　　月　　日

鏡野町在宅医療・介護連携事業所推進協議会

　　　研修企画・普及啓発部会部会長　殿

　　住　所　：　鏡野町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署　名　：