**地域リハビリテーション活動支援事業（介護予防普及啓発）申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

須賀川市長

（申込者）

住　　所　　須賀川市

団体名

代表者名

標記事業につきまして、下記のとおり講師派遣を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望日時(最長１時間) | (第１希望)令和　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：　　(第２希望)令和　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：　　 |
| 派遣場所 | （住所）　須賀川市（名称）　 |
| 当日連絡先 | 氏名：電話： メール： |
| 参加予定人数 | 人 |
| 希望職種・内容 | 職種(どれか１つに☑) | 希望する内容 |
| □理学療法士 | □講話（身体的フレイルや転倒予防）□実技指導（ウルトラ長寿体操）□実技指導（その他運動） |
| □作業療法士 | □講話（日常生活の維持や認知症予防）□実技指導（ウルトラ長寿体操（コグニサイズ）） |
| □言語聴覚士 | □講話（嚥下など口腔機能の維持）□講話（聞こえの維持・難聴予防□実技指導（ウルトラ長寿体操（口腔体操）） |
| □歯科衛生士 | □講話（口腔衛生の重要性・必要性）□実技指導（口腔ケアの方法）□実技指導（義歯の清掃方法） |
| □管理栄養士 | □講話（バランスの良い食事）□講話（高血圧予防・減塩）□講話（骨粗しょう症予防）□その他（　　　　　　　　　　　） |
| その他 | ウルトラ長寿体操の指導の場合は下記に☑□体操１を使用　　□体操２を使用 |