

坂出市通いの場(仲間づくり)MENU表活用事業(講師派遣)登録書

様式I

年 月 日

坂出市長 殿

団 体 名
 代 表 者 名
 住 所
 連 絡 先
 担 当 者

坂出市通いの場(仲間づくり)MENU表活用事業(講師派遣)の対象団体として登録を希望します。

記

講義内容	① フレイル、介護予防(運動・栄養・口腔等)、認知症予防等に関する事 ② 介護保険の申請、介護保険サービス、介護技術等に関する事 ③ 成年後見制度、日常生活自立支援事業、権利擁護等、高齢者の福祉に関する事 ④ その他高齢者の健康管理に関する事 下記に協力可能な講義内容を記載してください(複数回答可)。		
	番号	具体的内容	講師の職種(✓を入れる)
			<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> その他()
			<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> その他()
			<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> その他()
活動可能な地区 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> A圏域【与島・西部・中央地区】 <input type="checkbox"/> B圏域【東部・金山(江尻町)地区】 <input type="checkbox"/> C圏域【林田・松山・王越地区】 <input type="checkbox"/> D圏域【金山(江尻町を除く)・川津地区】 <input type="checkbox"/> E圏域【西庄・加茂・府中地区】		※別紙参照
対応人数	<input type="checkbox"/> 制限あり()人以内 <input type="checkbox"/> 制限なし		
実施頻度	<input type="checkbox"/> ()回/年 <input type="checkbox"/> ()回/月		
曜日(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日		
時間帯 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 午前()時()分～()時()分 <input type="checkbox"/> 午後()時()分～()時()分		
その他	実施できない日時や申し込みの際の注意事項等がありましたら、記載してください。		
上記登録情報について、市ホームページ等で掲載することに同意します。また、講師派遣につきまして、無償で行うことに承諾します。			
年 月 日 団体名 代表者名			

坂出市通いの場(仲間づくり) MENU表活用事業(講師派遣) 登録書

様式I

令和〇年〇月〇日

記載例

坂出市長 殿

団体名 **〇〇〇〇〇**
 代表者名 **香川 太郎**
 住 所 **坂出市〇〇町〇〇**
 連絡先 **0877-〇〇-〇〇〇〇**
 担当者 **坂出 太郎**

坂出市通いの場(仲間づくり)MENU表活用事業(講師派遣)の対象団体として登録を希望します。

記

講義内容	① フレイル、介護予防(運動・栄養・口腔等)、認知症予防等に関すること ② 介護保険の申請、介護保険サービス、介護技術等に関すること ③ 成年後見制度、日常生活自立支援事業、権利擁護等、高齢者の福祉に関すること ④ その他高齢者の健康管理に関すること 下記に協力可能な講義内容を記載してください(複数回答可)。		
	番号	具体的内容	講師の職種(✓を入れる)
	①	運動、認知症予防	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> 作業療法士 <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> その他()
	②	介護技術の指導、認知症の方への接し方	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input checked="" type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> その他()
			<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> その他()
活動可能な地区 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> A圏域【与島・西部・中央地区】 <input type="checkbox"/> B圏域【東部・金山(江尻町)地区】 <input checked="" type="checkbox"/> C圏域【林田・松山・王越地区】 <input type="checkbox"/> D圏域【金山(江尻町を除く)・川津地区】 <input checked="" type="checkbox"/> E圏域【西庄・加茂・府中地区】 ※別紙参照		
対応人数	<input checked="" type="checkbox"/> 制限あり(15 人以内) <input type="checkbox"/> 制限なし		
実施頻度	<input checked="" type="checkbox"/> (3)回/年 <input type="checkbox"/> ()回/月		
曜日(複数回答可)	<input checked="" type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input checked="" type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input checked="" type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日		
時間帯 (複数回答可)	<input checked="" type="checkbox"/> 午前(10 時 00 分 ~ 11 時 30 分) <input type="checkbox"/> 午後(時 分 ~ 時 分)		
その他	実施できない日時や申し込みの際の注意事項等がありましたら、記載してください。 年末年始12/29~1/3は実施不可		
上記登録情報について、市ホームページ等で掲載することに同意します。また、講師派遣につきまして、無償で行うことに承諾します。			
令和〇年〇月〇日 団体名 〇〇〇〇〇 代表者名 香川 太郎			

<活動可能な地区>

圏域	町名
<p>【A圏域】 与島・西部・中央地区</p>	<p>川崎町 坂出町 御供所町 宮下町 中央町 築港町 常磐町 八幡町 白金町 寿町 本町 元町 新浜町 富士見町 文京町 青葉町 駒止町 瀬居町 沙弥島 与島町 岩黒 櫃石 番の州町 沖の浜 西大浜北 西大浜南</p>
<p>【B圏域】 東部・金山(江尻町)地区</p>	<p>京町 室町 旭町 横津町 久米町 昭和町 入船町 谷町 江尻町</p>
<p>【C圏域】 林田・松山・王越地区</p>	<p>林田町 神谷町 高屋町 青海町 大屋富町 王越町</p>
<p>【D圏域】 金山(江尻町を除く)・川津地区</p>	<p>池園町 大池町 花町 小山町 笠指町 福江町</p>
<p>【E圏域】 西庄・加茂・府中地区</p>	<p>西庄町 加茂町 府中町</p>