介護予防講座の専門職等　応募申込書　　　　　　　　　　　　申込日：　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  | 生年月日（男・女）＜年齢＞ | 　　年　　　月　　　日（男・女）＜　　　　歳＞ |
| 住　　所 | 〒　　　　　　－　　　 |
| 連絡先（連絡時間帯） | （自宅） 　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　～ 　　　　　　） |
| （携帯）　　　　　　　　　 　　　　　　（　　　　　　　～ 　　　　　　） |
| 資格・免許等 | 取得年月日（　　　　年 　　　月　日） |
| 取得年月日（　　　　年 　　　月　　日） |
| 取得年月日（　　　　年 　　　月　　日） |
| 勤務先 | 有無 | 名称　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　 |
| 活動経歴職 歴 等 | 期　　　　間 | 名称または内容など |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 指 導 内 容 | * 運動機能
 |
| □　口腔機能　 |
| * 認知機能
 |
| * 栄養改善
 |
| □　健康づくり |
| □　その他 |
| 公表について | 方法：　□　団体や他課等に紙やデータの公表　　　□　口頭での公表に限る |
| 範囲：　□　団体等への周知　□　他課等への周知　□　地域包括ケア推進課に限る |
| 備　　考 |  |

この応募申込書のほかに、資格・免許状の写しを提出してください。