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。