

出張！フレイル予防教室 申込書

年 月 日

(あて先) 茅ヶ崎市高齢福祉課

申込者	団体名
	代表者氏名
	担当者氏名
	担当連絡先

次のとおり事業を申し込みます。

	開催日時	会場
希望日時等	第1候補： ～	
	第2候補： ～	

依頼内容	依頼したい項目にチェック☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 栄養 (30～60分) 担当：管理栄養士 <input type="checkbox"/> お口の健康、オーラルフレイル (15～30分) 担当：歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 運動 (15～60分) 担当：健康運動指導士	
	※依頼項目の詳細は下をご確認ください。 複数選択可	
	話してほしい内容	(例) フレイル予防のための栄養講座
参加者情報	年代層	(例) 〇〇～〇〇代
	男女比	(例) おおむね女性が多い、男女半々など
	参加人数	人 (例) 〇〇～〇〇人

【依頼項目の詳細】

- ・ **栄養**：高齢者に必要な栄養（タンパク質）の摂取や食事バランスについて**管理栄養士**が説明します。体重が痩せてきた人や何を食べたらいいのかわからない人におすすめです。
- ・ **口腔、オーラルフレイル**：お口の機能低下（オーラルフレイル）の予防方法や対策について**歯科衛生士**が説明します。最近固いものが噛めない、活舌が悪い、むせることが増えたと感じた人におすすめです。
- ・ **運動**：運動機能の維持・向上のための運動を**健康運動指導士**が説明します。その場で運動の実践や自宅でできる運動の紹介などをします。筋力が落ちた人や運動方法を知りたい人におすすめです。

受け取った職員は裏面に沿って聞き取りへ

