

介護予防クラブ支援事業

『通いの場』活動サポート 申込書

令和 年 月 日

地域包括ケア推進課長 あて

代表者・連絡人 氏名
〒
住所 長野市
電話

支援日の担当者（上記の人と異なる場合のみ記載）

氏名
電話

『通いの場』活動サポートについて、次のとおり申し込みます。

申込み団体

団体名		参加予定人数	
会 場		部屋	1階・2階・3階
		椅子の使用	全員・一部・使用なし
		駐車可能台数	1台・2台・3台以上

希望する日時・内容について、詳細を以下にご記入下さい。

支援日時	第一希望 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
	第二希望 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
希望内容 □に チェック 願います	<p>【市のリハビリ専門職などによる応援】</p> <p><input type="checkbox"/> 感染予防策の再確認 <input type="checkbox"/> 脚力測定</p> <p><input type="checkbox"/> 脳トレ・遊びの紹介 <input type="checkbox"/> 体操の確認</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <hr/> <p>【外部講師による運動に限らない楽しいプログラムの体験】</p> <p><input type="checkbox"/> ①手作りボードゲームで脳トレ遊び <input type="checkbox"/> ②パルセイロスタッフとボールで体操</p> <p><input type="checkbox"/> ③座ってレクダンス <input type="checkbox"/> ④ギター伴奏でフォークを歌おう</p> <p><input type="checkbox"/> ⑤身近な素材でおもちゃ作り <input type="checkbox"/> ⑥蓄音機でレコードを聴き学ぼう</p> <p><input type="checkbox"/> ⑦読み聞かせ体験（くちの体操と脳トレ）</p> <p><input type="checkbox"/> ⑧美味しい煎茶の淹れ方 <input type="checkbox"/> その他</p>
	連絡事項等

〔注意事項〕

- 1 申し込みいただけるのは、市内在住の高齢者を中心に、月2回以上の頻度で活動している地域の団体・グループ（参加見込者数10人以上）です。
- 2 代表者・連絡人の連絡先は講師・ボランティアへ緊急時連絡先としてお伝えします。