

お口健やか教室申込書

団体名	
会場	(住所:)
開催状況	開催日時: (例:第3火曜日など) 開催時間: 参加予定人数: 人 (ボランティアも合わせた数を記入) イスの有無: 有・無 電源(コンセント有無) 有・無
希望コース	<input type="checkbox"/> 4回コース <input type="checkbox"/> 3回コース <input type="checkbox"/> 2回コース <input type="checkbox"/> 1回コース <内容> ・各回で希望する内容に☑をつけてください。 1回目) <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> ①食べる <input type="checkbox"/> ②飲み込み <input type="checkbox"/> ③話す <input type="checkbox"/> 管理栄養士 2回目) <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> ①食べる <input type="checkbox"/> ②飲み込み <input type="checkbox"/> ③話す <input type="checkbox"/> 管理栄養士 3回目) <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> ①食べる <input type="checkbox"/> ②飲み込み <input type="checkbox"/> ③話す <input type="checkbox"/> 管理栄養士 4回目) <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> ①食べる <input type="checkbox"/> ②飲み込み <input type="checkbox"/> ③話す <input type="checkbox"/> 管理栄養士
希望日時	●派遣時間:歯科衛生士 45分 管理栄養士 30分 <hr/> 第1希望: 月 日 () 時 分 ~ 第2希望: 月 日 () 時 分 ~ 第3希望: 月 日 () 時 分 ~ 第4希望: 月 日 () 時 分 ~ 第5希望: 月 日 () 時 分 ~ ※申込日から希望日までの期間が短いと講師の調整が付かない場合がございます。
連絡者	案内の送付先、日時等の打ち合わせを行っていただける方をご記入ください。 氏名: 電話番号: 住所:〒

《申込み・問い合わせ先》

可児市 高齢福祉課 地域包括ケア推進係

TEL : 0574-62-1111 (内線 3237) FAX : 0574-60-4616