**介護予防セルフケア推進事業派遣申請書**

申込日　 年　　　　月　　　日

（宛先）秋田市長

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 団体名 |  | | ふ り が な  代表者氏名 | |  |
| 構成人数 | 参加者　　　　　名  年齢構成：65歳～74歳　　　名・75歳～79歳　　　名・80歳以上　　　名 | | | | |
| 会場名  （所在地） | 会場名（派遣場所）：  秋田市 | | | | |
| 普段の  活動 | 活動内容：  活動日時：毎月/週第　　　　　曜日・　　　時　　　分～　　　時　　　分 | | | | |
| 希望内容 | 運動　・　栄養　・　口腔 | | | | |
| 派遣希望日時  ※申込日より１か月後から | 【派遣希望時間】　　　　時　　　分　～　　　時　　　分まで　（　　　　　　　分間）  １回目　令和　　　年　　　月　　　日（　　　曜日　）  ２回目　令和　　　年　　　月　　　日（　　　曜日　）  ３回目　令和　　　年　　　月　　　日（　　　曜日　）  ４回目 令和　　 年 月　　　日（　　　曜日　）  ※１～３回目は２週間に一回程度、４回目は３回目から起算して３か月以降の日程を記載すること。 | | | | |
| 連絡先  諸連絡や通知発送の際に使用します | ふ り が な  氏　名 |  | | 電話番号 | |
| 住所 | 〒  秋田市 | | | |

裏面アンケートの記載もお願いいたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※担当課使用欄 | 受付日 | 年　 月　 日 | 介護予防手帳配布数 |  |

１　この事業を、どのように知りましたか（複数回答可）

（　　）地域包括支援センターからの紹介

　　～事前アンケートのご協力をお願いいたします～

（　　）友人・知人（別団体）からの紹介

（　　）「秋田市フレイル予防事業のご案内」（チラシ）

（　　）広報あきた

（　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２　本事業を利用しようと決めた理由は何ですか？

３　団体参加者の様子についてお伺いします。該当する番号に〇をつけてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | とても高い | やや高い | ふつう | やや低い | 低い |
| 健康づくり・介護予防への関心 | ５ | ４ | ３ | ２ | １ |
| 医療専門職派遣への期待度 | ５ | ４ | ３ | ２ | １ |
| 活動継続への意欲 | ５ | ４ | ３ | ２ | １ |

４　医療専門職派遣によって期待することは何ですか

ご協力ありがとうございました。

記入していただいたアンケートについては、事業を円滑に進めるため医療専門職団体と共有させていただきます。