

介護予防いきいき交流会事業実施予定表

地区名	地区		
福社会名	福社会		
記入者名		連絡先	

※各小地域福社会(町内会福社会)ごとにご記入ください。

月	日(曜日)	内容	会場	備考
4	()			
5	()			
6	()			
7	()			
8	()			
9	()			
10	()			
11	()			
12	()			
1	()			
2	()			
3	()			
合計回数				

※ 同じ月に複数回サロンを開催する場合は、開催する日にちすべてをご記入ください。

※ 開催期日等が未定の場合は、概ね予定される回数・時期を備考欄にご記入ください。

栄養指導・口腔ケア・運動指導の希望調査			
1	介護予防に資する「栄養指導」を希望する	する・しない	[]月頃希望
2	介護予防に資する「口腔ケア」を希望する	する・しない	[]月頃希望
3	介護予防に資する「運動指導」を希望する	する・しない	[]月頃希望

※ 栄養指導・口腔ケア・運動指導については、各地区で上限回数が定められています。

※ 開催については、各地区福社会で調整いただきますようお願いいたします。

3月末までにご提出ください