**保健センターからのお願い**

・おおむね10人以上のグループでお申し込みください。（お友達、町内会、サロン等）

・日時や人数は提出前にご相談ください。（日時はご希望に添えない場合もございます。）

・ご利用は年に２回まで。また２回申し込みされる場合には講座は異なるものを選択してください。

・申込書の提出は、講座希望日から1か月前までにご提出ください。

**令和７年度　保健センター出前講座**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 講座名 | 内容 | 担当 |
| **1** | **健康ハッピープランで**  **みんなハッピー** | 1. 健康マイレージにチャレンジしよう！（6月～11月限定） 2. 健康づくりや生活習慣病予防の話 3. 健診結果の見方の解説など 4. 健康チェック　　　　　　　　　　※内容はご相談ください | 保健師 |
| **2** | **らくらく**  **筋力アップ体操**  **椅子バージョン** | ・椅子を使った8つの筋力アップ体操を紹介  （準備体操・整理体操も含め１時間３０分程度）  　　　　　※継続して体操を実施したい場合は数回のサポート可 | 健康づくり  推進員 |
| **3** | **らくらく**  **筋力アップ体操**  **床バージョン** | ・床に座って行う8つの筋力アップ体操を紹介  （準備体操・整理体操も含め１時間３０分程度）  　　　　　　　　　　　　　 ※椅子バージョンよりハードです | 健康づくり  推進員 |
| **4** | **フレーフレー！**  **フレイル予防**  **（総合編）** | ・フレイルチェックとフレイル予防の話  フレイルとは加齢により  心身が虚弱になった  状態です。  ・フレイル予防体操など | 保健師 |
| **5** | **フレーフレー！**  **フレイル予防**  **（食事編）** | C:\Users\0038267\Desktop\イラスト\Ｒ6.8　3キャラ\01イラストカット\16【テクテクくん】杖をついて虚弱な感じ.png・フレイル予防の食事について  ・食事バランスと、タンパク質を摂るためのひと工夫 | 管理栄養士 |
| **6** | **フレーフレー！**  **フレイル予防**  **（口腔編）** | ・オーラルフレイル(口の健康状態が悪くなること)予防の話  ・口腔ケア、歯周病予防、あいうべ体操 | 歯科衛生士 |
| **7** | **認知症予防の**  **食事のヒケツ** | ・認知症の簡単なチェック  ・認知症予防の食事について | 管理栄養士 |
| **8** | **今から知ろう**  **がんのこと** | ・がん検診とがん予防の話 | 保健師 |
| **9** | **みんなに知ってほしいタバコの真実** | ・受動喫煙について  ・「多治見市望まないタバコの被害から市民を守る条例」について  ・新型タバコについて | 保健師 |
| **10** | **これであなたも**  **こころのサポーター** | ・今日からできる「こころの健康づくり」についての話  ・悩んでいる人に気づき、寄り添う方法など | 保健師 |
| **11** | **研ぎ澄ませ！五感** | ・脳を活性化させる五感健康法  （作品作り、ゲーム、歌、脳トレなど）  　　　　　　　　　　　　　　　　※内容により材料費負担あり | 五感健康法  推進員 |

****

ご希望の講座を下記より選び、裏面の申込書をご提出ください。みなさまのお申込みをお待ちしております♪

**多治見市保健センター　健康づくりグループ**

〒507-8787　多治見市音羽町1-233

**TEL**２３-５９６０ **FAX**２５-８８６６

**保健センター出前講座 申込書**

**令和　　　年　　　月　　　日**

**保健センター所長　　宛**

**団体名　：**

**次のとおり、出前講座を申込みます。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **希望講座　番号** |  | **講座名** |  |
| **希 望 日 時** | **令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　（　　　　）**  **時　　　　分　　～　　　　時　　　　分** | | |
| **会　　　　場** | **（所在地　：　多治見市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | |
| **参加者予定人数** | **約　　　　　　名　（参加者の年代　　　　　　歳　　～　　　　　歳）** | | |
| **連　絡　先** | **担当者氏名　：**  **住所　：〒　　　　　-**  **多治見市**  **電話番号　：**  **FAX　：** | | |
| **備　　　考** |  | | |

**＊申込書提出後、１か月以内に承諾書を送らせていただきます。**

**多治見市保健センター　TEL２３－５９６０　FAX２５－８８６６**