

令和7年度 認知症・介護予防教室(出張講座) 講師派遣のご案内

社会福祉法人 伊賀市社会福祉協議会

高齢者が住み慣れた地域で元気に暮らし続けられるよう、体力の維持・向上や認知症・閉じこもり予防を目的として、各種団体を対象に、認知症・介護予防教室（出張講座）の講師派遣を行います。

派遣対象 定期的に認知症・介護予防を目的とした活動をしている自治会や住民自治協議会、高齢者のふれあい・いきいきサロン、老人クラブ等の高齢者向け事業等
 ※65歳以上の定期的に活動しているグループで、5名以上でお申込みください。
 敬老会や新年会などのイベントは派遣対象外です。

派遣回数 年度内6回まで
 （家族介護教室講師派遣【上限2回】と別でお申込みいただけます。）
 ※上限回数を超える申請は、受付を取り消しさせていただきます。

講座内容

講 座 名	内 容
音楽療法教室	季節の唱歌や懐かしの歌謡曲を歌ったり、リズムに合わせて楽器と一緒に演奏したりするなど、口腔ケア・介護予防・認知症予防を意識した療法を実施。
3B 体操教室	3B 体操の用具(ボール、ベル、ベルター)を使用し、体に無理なく気軽に体操が楽しめる教室。健康寿命の延伸に日常生活に運動を取り入れるヒントを提供。
介護・転倒予防教室	音楽や椅子を使用し、認知症予防や転倒予防の話を織り交ぜながら、参加者に合わせた体操教室を実施。 依頼先：①三重県健康づくりの会(フィットネスクラブ ヶ ン) ②陶山美佐先生
	椅子に座って手足を動かし、転倒を予防するために必要な筋力を高めるための身体づくりを実施。 依頼先：③歩き方講座（なごみ整体）

所要時間 1回の講座につき、1時間程度

申込方法 派遣申請書(別紙1)を社協各地域センターへ提出またはFAXにてお申込ください。

申込締切 開催日の1か月前まで

費 用 無料

準 備 物 必要に応じて、講師より事前に連絡します。

諸 注 意 講師派遣申請書下部の注意事項を必ずご確認ください、☒してからお申し込みください。

【お申込み・お問い合わせ先】

上野地域センター	伊賀市総合福祉会館	電話 21-1112	FAX 21-8123
いがまち地域センター	いがまち保健福祉センター	電話 45-1012	FAX 45-1050
島ヶ原地域センター	島ヶ原福祉センター「清流」	電話 59-3132	FAX 59-3145
阿山地域センター	阿山保健福祉センター	電話 43-1854	FAX 43-1577
大山田地域センター	大山田福祉センター	電話 47-0780	FAX 46-1165
青山地域センター	青山福祉センター	電話 52-2999	FAX 52-3555

令和7年度 認知症・介護予防教室(出張講座) 講師派遣申請書

(福)伊賀市社会福祉協議会 会長 様

申請日 令和 年 月 日

申請団体名

申請者住所

伊賀市

代表者名

内 容	☐ 音楽療法教室 ※第3・第4水曜日の午後は受託件数に制限があります。 ☐ 3B 体操教室 ☐ 介護・転倒予防教室 ※希望講師に○ ①健康づくりの会 ②陶山美佐先生 ③歩き方講座		派遣依頼回数 _____回目 (上限6回)
派遣日時	希望日	令和 年 月 日 ()	
	希望時間	: ~ :	
会の所属	☐ ふれあいいきいきサロン ☐ 老人クラブ ☐ 住民自治協 ☐ 自治会・区 ☐ その他		
会場名	【会場名】_____ 会場形態(☐ 洋室 ☐ 和室)		
	【住所】_____ 地域 (☐ 上野 ☐ いがまち ☐ 島ヶ原 ☐ 阿山 ☐ 大山田 ☐ 青山)		
連絡先	氏名		
	電話番号	※携帯電話番号優先(緊急時連絡の取れる番号をご記入ください。)	
	連絡可能時間帯	☐ いつでも ☐ 午前(時~ 時) ☐ 午後(時~ 時)	
対象者	年 齢	歳以上 歳くらいまで	
	人 数	約 名 (男 女)	
要望事項			
注意事項 必ずお読み いただき、 ☑をお願い します。	☐ 申請日が実施希望日の1か月以上前になっていますか。 ☐ 利用できる上限回数内になっていますか。(年度内6回まで) ☐ 講師との日程調整やキャンセル、延期等の直接交渉は避けてください。 (講師との交渉は伊賀市社会福祉協議会で行います) ☐ 開催日1週間前までに講師から連絡のない場合はご連絡ください。 ☐ 締め切り期日までにお申し込みいただいても、ご希望に添えない場合があります。 (講師の調整ができなかった場合のみ、伊賀市社会福祉協議会からご連絡します。) ☐ 天候不良や講師の体調不良等により、当日お伺い出来ない場合があります。		

令和7年度 認知症・介護予防教室(出張講座) 講師派遣申請書

(福)伊賀市社会福祉協議会 会長 様

申請日 令和 年 月 日

申請団体名

申請者住所

伊賀市

代表者名

内 容	☐ 音楽療法教室 ※第3・第4水曜日の午後は受託件数に制限があります。		派遣依頼回数 _____回目 (上限6回)
	☐ 3B 体操教室 ☐ 介護・転倒予防教室 ※希望講師に○ ①健康づくりの会 ②陶山美佐先生 ③歩き方講座		
派遣日時	希望日	令和 年 月 日 ()	
	希望時間	: ~ :	
会の所属	☐ ふれあいいきいきサロン ☐ 老人クラブ ☐ 住民自治協 ☐ 自治会・区 ☐ その他		
会場名	【会場名】_____ 会場形態(☐ 洋室 ☐ 和室)		
	【住所】_____ 地域 (☐ 上野 ☐ いがまち ☐ 島ヶ原 ☐ 阿山 ☐ 大山田 ☐ 青山)		
連絡先	氏名		
	電話番号	※携帯電話番号優先(緊急時連絡の取れる番号をご記入ください。)	
	連絡可能時間帯	☐ いつでも ☐ 午前(時~ 時) ☐ 午後(時~ 時)	
対象者	年 齢	歳以上 歳くらいまで	
	人 数	約 名 (男 女)	
要望事項			
注意事項 必ずお読み いただき、 ☑をお願い します。	☐ 申請日が実施希望日の1か月以上前になっていますか。 ☐ 利用できる上限回数内になっていますか。(年度内6回まで) ☐ 講師との日程調整やキャンセル、延期等の直接交渉は避けてください。 (講師との交渉は伊賀市社会福祉協議会でいきます) ☐ 開催日1週間前までに講師から連絡のない場合はご連絡ください。 ☐ 締め切り期日までにお申し込みいただいても、ご希望に添えない場合があります。 (講師の調整ができなかった場合のみ、伊賀市社会福祉協議会からご連絡します。) ☐ 天候不良や講師の体調不良等により、当日お伺い出来ない場合があります。		

令和7年度 認知症・介護予防教室(出張講座) 講師派遣申請書

(福)伊賀市社会福祉協議会 会長 様

申請日 令和 年 月 日

申請団体名

申請者住所

伊賀市

代表者名

内 容	☐ 音楽療法教室 ※第3・第4水曜日の午後は受託件数に制限があります。		派遣依頼回数 _____回目 (上限6回)
	☐ 3B 体操教室 ☐ 介護・転倒予防教室 ※希望講師に○ ①健康づくりの会 ②陶山美佐先生 ③歩き方講座		
派遣日時	希望日	令和 年 月 日 ()	
	希望時間	: ~ :	
会の所属	☐ ふれあいいきいきサロン ☐ 老人クラブ ☐ 住民自治協 ☐ 自治会・区 ☐ その他		
会場名	【会場名】_____ 会場形態(☐ 洋室 ☐ 和室)		
	【住所】_____ 地域 (☐ 上野 ☐ いがまち ☐ 島ヶ原 ☐ 阿山 ☐ 大山田 ☐ 青山)		
連絡先	氏名		
	電話番号	※携帯電話番号優先(緊急時連絡の取れる番号をご記入ください。)	
	連絡可能時間帯	☐ いつでも ☐ 午前(時~ 時) ☐ 午後(時~ 時)	
対象者	年 齢	歳以上 歳くらいまで	
	人 数	約 名 (男 女)	
要望事項			
注意事項 必ずお読み いただき、 ☑をお願い します。	☐ 申請日が実施希望日の1か月以上前になっていますか。 ☐ 利用できる上限回数内になっていますか。(年度内6回まで) ☐ 講師との日程調整やキャンセル、延期等の直接交渉は避けてください。 (講師との交渉は伊賀市社会福祉協議会で行います) ☐ 開催日1週間前までに講師から連絡のない場合はご連絡ください。 ☐ 締め切り期日までにお申し込みいただいても、ご希望に添えない場合があります。 (講師の調整ができなかった場合のみ、伊賀市社会福祉協議会からご連絡します。) ☐ 天候不良や講師の体調不良等により、当日お伺い出来ない場合があります。		

令和7年度 認知症・介護予防教室(出張講座) 講師派遣申請書

(福)伊賀市社会福祉協議会 会長 様

申請日 令和 年 月 日

申請団体名

申請者住所

伊賀市

代表者名

内 容	☐ 音楽療法教室 ※第3・第4水曜日の午後は受託件数に制限があります。 ☐ 3B 体操教室 ☐ 介護・転倒予防教室 ※希望講師に○ ①健康づくりの会 ②陶山美佐先生 ③歩き方講座		派遣依頼回数 _____回目 (上限6回)
派遣日時	希望日	令和 年 月 日 ()	
	希望時間	: ~ :	
会の所属	☐ ふれあいいきいきサロン ☐ 老人クラブ ☐ 住民自治協 ☐ 自治会・区 ☐ その他		
会場名	【会場名】_____ 会場形態(☐ 洋室 ☐ 和室)		
	【住所】_____ 地域 (☐ 上野 ☐ いがまち ☐ 島ヶ原 ☐ 阿山 ☐ 大山田 ☐ 青山)		
連絡先	氏名		
	電話番号	※携帯電話番号優先(緊急時連絡の取れる番号をご記入ください。)	
	連絡可能時間帯	☐ いつでも ☐ 午前(時~ 時) ☐ 午後(時~ 時)	
対象者	年 齢	歳以上 歳くらいまで	
	人 数	約 名 (男 女)	
要望事項			
注意事項 必ずお読み いただき、 ☑をお願い します。	☐ 申請日が実施希望日の1か月以上前になっていますか。 ☐ 利用できる上限回数内になっていますか。(年度内6回まで) ☐ 講師との日程調整やキャンセル、延期等の直接交渉は避けてください。 (講師との交渉は伊賀市社会福祉協議会で行います) ☐ 開催日1週間前までに講師から連絡のない場合はご連絡ください。 ☐ 締め切り期日までにお申し込みいただいても、ご希望に添えない場合があります。 (講師の調整ができなかった場合のみ、伊賀市社会福祉協議会からご連絡します。) ☐ 天候不良や講師の体調不良等により、当日お伺い出来ない場合があります。		

令和7年度 認知症・介護予防教室(出張講座) 講師派遣申請書

(福)伊賀市社会福祉協議会 会長 様

申請日 令和 年 月 日

申請団体名

申請者住所

伊賀市

代表者名

内 容	☐ 音楽療法教室 ※第3・第4水曜日の午後は受託件数に制限があります。 ☐ 3B 体操教室 ☐ 介護・転倒予防教室 ※希望講師に○ ①健康づくりの会 ②陶山美佐先生 ③歩き方講座		派遣依頼回数 _____回目 (上限6回)
派遣日時	希望日	令和 年 月 日 ()	
	希望時間	: ~ :	
会の所属	☐ ふれあいいきいきサロン ☐ 老人クラブ ☐ 住民自治協 ☐ 自治会・区 ☐ その他		
会場名	【会場名】_____ 会場形態(☐ 洋室 ☐ 和室)		
	【住所】_____ 地域 (☐ 上野 ☐ いがまち ☐ 島ヶ原 ☐ 阿山 ☐ 大山田 ☐ 青山)		
連絡先	氏名		
	電話番号	※携帯電話番号優先(緊急時連絡の取れる番号をご記入ください。)	
	連絡可能時間帯	☐ いつでも ☐ 午前(時~ 時) ☐ 午後(時~ 時)	
対象者	年 齢	歳以上 歳くらいまで	
	人 数	約 名 (男 女)	
要望事項			
注意事項 必ずお読み いただき、 ☑をお願い します。	☐ 申請日が実施希望日の1か月以上前になっていますか。 ☐ 利用できる上限回数内になっていますか。(年度内6回まで) ☐ 講師との日程調整やキャンセル、延期等の直接交渉は避けてください。 (講師との交渉は伊賀市社会福祉協議会で行います) ☐ 開催日1週間前までに講師から連絡のない場合はご連絡ください。 ☐ 締め切り期日までにお申し込みいただいても、ご希望に添えない場合があります。 (講師の調整ができなかった場合のみ、伊賀市社会福祉協議会からご連絡します。) ☐ 天候不良や講師の体調不良等により、当日お伺い出来ない場合があります。		

(別紙1)

(申込先: 各地域センター行⇒企画調整課)

令和7年度 認知症・介護予防教室(出張講座) 講師派遣申請書

(福)伊賀市社会福祉協議会 会長 様

申請日 令和 年 月 日

申請団体名

申請者住所

伊賀市

代表者名

内 容	☐ 音楽療法教室 ※第3・第4水曜日の午後は受託件数に制限があります。		派遣依頼回数 _____回目 (上限6回)
	☐ 3B 体操教室 ☐ 介護・転倒予防教室 ※希望講師に○ ①健康づくりの会 ②陶山美佐先生 ③歩き方講座		
派遣日時	希望日	令和 年 月 日 ()	
	希望時間	: ~ :	
会の所属	☐ ふれあいいきいきサロン ☐ 老人クラブ ☐ 住民自治協 ☐ 自治会・区 ☐ その他		
会場名	【会場名】		会場形態(☐ 洋室 ☐ 和室)
	【住所】 地域 (☐ 上野 ☐ いがまち ☐ 島ヶ原 ☐ 阿山 ☐ 大山田 ☐ 青山)		
連絡先	氏名		
	電話番号	※携帯電話番号優先(緊急時連絡の取れる番号をご記入ください。)	
	連絡可能時間帯	☐ いつでも ☐ 午前(時~ 時) ☐ 午後(時~ 時)	
対象者	年 齢	歳以上 歳くらいまで	
	人 数	約 名 (男 女)	
要望事項			
注意事項 必ずお読み いただき、 ☑をお願い します。	☐ 申請日が実施希望日の1か月以上前になっていますか。 ☐ 利用できる上限回数内になっていますか。(年度内6回まで) ☐ 講師との日程調整やキャンセル、延期等の直接交渉は避けてください。 (講師との交渉は伊賀市社会福祉協議会でいきます) ☐ 開催日1週間前までに講師から連絡のない場合はご連絡ください。 ☐ 締め切り期日までにお申し込みいただいても、ご希望に添えない場合があります。 (講師の調整ができなかった場合のみ、伊賀市社会福祉協議会からご連絡します。) ☐ 天候不良や講師の体調不良等により、当日お伺い出来ない場合があります。		