

いつまでも美味しく食べる

お口のための

講師派遣

歯科衛生士がうかがいます！



選べる**3つ**の
コース！

オーラルフレイルと
認知症の関係
についても解説！



◆**基本コース(60分)または(90分)**は、オーラルフレイル(お口の機能の衰え)、誤嚥(ごえん)性肺炎のこと、その予防のためのお口のトレーニングや歯磨きのコツなどを学びます。

※60分コースは、歯ブラシの配布はありません。

◆**ステップアップコース(60分/受講条件有※)**は、加齢による口の中の変化で起こるむし歯や歯周病の基礎知識と、その予防のための歯磨きやうがいのコツを学びます。

※ ステップアップコースは、前年度までに基本コースを受講された団体のみ選択可能です。
今年度初めて受講される団体は、基本コースを選択してください。

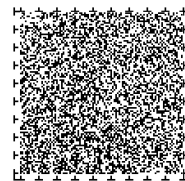
● 対象団体	久留米市在住で概ね65歳以上の高齢者の団体
● 利用回数	1団体につき年間1回まで、先着65団体まで
● 講座参加者数	概ね5名から40名程度
● 利用料	無料 (ただし、会場の確保・使用料等は利用団体負担)
● 開催時間	平日の午前9時30分～午後4時30分までの間の60～90分程度
● 申込の流れ	申込期限：開催日の約4週間前 まで ※開催予定日が迫っている場合は、相談ください。

※天候等のため、講師派遣を中止する場合がありますのでご了承ください。

申込先・申し込みに関するお問合せ

久留米市健康福祉部長寿支援課

電話：0942-30-9207 FAX：0942-36-6845



対象者:久留米市在住で概ね65歳以上の高齢者の団体

申込条件

(以下の場合、申込できません)

- ①政治活動、宗教活動、営利目的の活動としてみなされるもの。
- ②苦情や陳情を目的とする場合や、それと思われるもの。
- ③当講座の目的に反すると思われるもの。
- ④介護事業所、社会福祉法人、医療法人、NPO法人等の法人・事業所が主催となって開催されるもの。

申込の流れ

長寿支援課へFAX
又は電話で申込

講師派遣元から申込
者に日程、講話内容
の打合せ連絡

長寿支援課から
決定通知書の送付

講師派遣

- ※ 開催日時等がご希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。
- ※ 特定の講師を指名することはできません。
- ※ 取り扱う個人情報、本事業に関係すること以外の目的では使用しません。

令和8年度 久留米市地域リハビリテーション事業

「お口のための講師派遣」申込書兼同意書

令和 年 月 日

久留米市長 様

(申込者) 団体名 _____

(〒 _____)

住 所 _____

代表者 _____

電 話 _____

次のとおり講師の派遣を申し込みます。

また、地域での介護予防推進のため、記載内容を久留米市保健所地域保健課、久留米市地域包括支援センターおよび久留米市社会福祉協議会へ情報提供することに同意します。

団体について	団体等名称			
	団体登録者数	_____ 人	校 区	
	活動頻度	年 _____ 回 ・ 月 _____ 回 ・ 週 _____ 回 (いずれか1つ記入)		
	主な活動内容	主な活動内容を1つに☑を記入してください。 <input type="checkbox"/> 体操(運動) <input type="checkbox"/> 会食 <input type="checkbox"/> 認知症予防 <input type="checkbox"/> 趣味活動 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
	その他	団体名、主な活動、活動場所の有無を公表することに同意しますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
希望日時	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____)	開始時間: _____ 時 _____ 分	~	終了時間: _____ 時 _____ 分
希望コース	基本コース(60分) / 基本コース(90分) / ステップアップコース(60分) ※上記3種類のうちから1つお選びいただき、○で囲んでください。			
開催場所	名 称			
	所在地		電話	
参加予定人数	_____ 人			
備 考				