

いつまでも美味しく食べる

お口のための

講師派遣

高齢者団体に歯科衛生士を派遣



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！

講座受講された方へ
歯ブラシをプレゼント♪



◆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。

◆ステップアップコースは、楽しみながら飲み込みの力の向上や誤嚥予防に効果があるトレーニングを紹介します。講座受講された方へトレーニング用の“吹き戻し”をプレゼント。

※ 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となっております。
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。

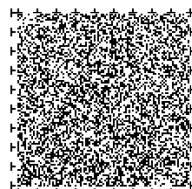
● 対象団体	久留米市在住で概ね65歳以上の高齢者の団体
● 利用回数	1団体につき年間1回まで、先着65団体まで
● 講座参加者数	概ね5名から40名程度
● 利用料	無料 (ただし、会場の確保・使用料等は利用団体負担)
● 開催時間	平日の午前9時30分～午後4時30分までの間の60～90分程度
● 申込の流れ	申込期限：開催日の約4週間前 まで ※開催予定日が迫っている場合は、相談ください。

※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

- (以下の場合は、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



- ※ 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7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。 ☐ 体操(運動) ☐ 会食 ☐ 認知症予防 ☐ 趣味活動 ☐ 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。 ☐ はい ☐ 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				