

高齢者

からだセルフケア講座

高齢者の健康の保持や増進のために、ハンドマッサージやストレッチ等によって、自分でケアする方法を学ぶ講座に、鍼灸マッサージ師が講師となって出向きます。

対 象 市内に住むおおむね 65 歳以上の高齢者で構成された 10～30 名程度のグループ

と き 9～21 時のうち 1 時間 30 分程度
(日・祝日を除く)

ところ 市内に限ります。

※なお、会場は申込者が用意してください。

申込方法 裏面に必要事項を記入し、
開催希望日の 1 か月前までに長寿福祉課に
郵送、FAX、持参等でお申し込みください。

※一団体につき、年 2 回までお申し込みいただけます。

※営利目的の団体等へは講師を派遣できない場合があります。

申込・問い合わせ先

〒410-8601

沼津市御幸町 16-1

沼津市役所 長寿福祉課 高齢者からだセルフケア講座担当

TEL : 055-934-4834 FAX : 055-935-0335

Mail : chouju@city.numazu.lg.jp



「高齢者からだセルフケア講座」開催申込兼決定通知書

◎申込日及び太枠内について記入してください。

申込日： 年 月 日

申 込 者	団体名				
	代表者	氏名			
		住所	〒		
		電話	(自宅) (FAX)	(携帯)	
開催方法	1. 高齢者からだセルフケア講座のみ単独開催 2. 他の行事、会合と併せて開催（行事・会合名： ）				
参加予定人数	名 程度（男性 名、女性 名） （概ね 歳代から 歳代）				
会 場 ※会場使用料、手配、 準備等は申込者側 でお願いします	会場名				
	所在地				
	駐車場	有 ・ 無		部屋	洋室 ・ 和室
	机・椅子	有(両方・机のみ・椅子のみ)・無		机、椅子の移動	可 ・ 不可
開催日程 (記入できる団体の み記載)	_____年 _____月 _____日 【 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 】 曜日 【 午前 ・ 午後 】 (_____時 _____分 ~ _____時 _____分) ※ご希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。				

※ お申し込み後、日程調整等の打ち合わせのため、長寿福祉課から代表者様に連絡をいたします。日程が決定次第、市から返送またはFAXいたします。

必要事項を記入の上、郵送、FAX、持参等でお申し込みください。

◆お申し込み、問い合わせ先 沼津市長寿福祉課 高齢者からだセルフケア講座担当者
〒410-8601 沼津市御幸町16-1 TEL 055-934-4834 Fax 055-935-0335

市記入欄

下記のとおり開催日程を決定しましたので通知いたします。

貴団体申し込みの「高齢者からだセルフケア講座」は、

_____月 _____日 () ~ _____

に決定いたしました。