社会参加

**運 動**

趣 味





*認知症の予防・早期発見・早期治療のための*

**無料**

**脳の健康チェック**

**◎開催希望される団体等を募集いたします。**

◆開催期間◆

平日午前9時～午後５時　※ご希望の日程で調整いたします。

◆内　容◆　　※所要時間は２時間程度を予定しています。

1. **脳の健康チェック**

カードに書かれている問題に答えて、脳の健康チェックをします。

1. **もの忘れの話・脳の体操**

もの忘れ予防のための生活のポイントを学び、簡単なゲームで楽しく脳の活性化を図ります。

1. **もの忘れについての相談**

もの忘れについての困りごと等、気軽に相談してください。

◆対　象◆

　・5名以上の団体

　　（地域のふれあいサロンやサークル、町内公民館、隣組など）

◆申込み方法◆

別紙申込書を提出（FAX可）していただくか、

下記問合せ先へご連絡ください。

【問合せ先】

　大牟田市福祉課　地域支援担当/大牟田市介護サービス事業者協議会

TEL：０９４４-８５-０４７０　　FAX：０９４４-４１-２６６２

（別紙）

脳の健康チェック　開催申込書

申込日：令和　　　年　　　月　　　日

このことについて、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望日時 | 第１希望 | 令和　　年　　月　　日（　）　　　時　　分～ |
| 第２希望 | 令和　　年　　月　　日（　）　　　時　　分～ |
| 開催場所 | 施設名 |  |
| 所在地 |  |
| 参加予定人数 | 　　　　　　　　　人 |
| 連絡先 | 団体名 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 住所(決定通知書送付先) | 　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  |

※必要事項をご記入の上、**希望日の１か月前まで**にお申し込みください。

※申込みは、申込書を提出（FAX可）していただくか、電話にてご連絡ください。

※開催希望日時は、平日の９:００～１７：００（市役所開庁日）でご記入ください。所要時間は２時間程度の予定です。

**申込先：**〒８３６－８６６６　大牟田市有明町２－３（１階宿直室横）

大牟田市福祉課　地域支援担当

TEL：０９４４－８５－０４７０／FAX：０９４４－４１－２６６２