

令和7年度 チャレンジシニア教室事業

(区 第 コース)

(1) 事業プログラム(事業所名：)

回	日 程	プログラム		内 容	目 標
1	月 日	運動			
		栄養			
		口腔			
		認知			
2	月 日	運動			
		栄養			
		口腔			
		認知			
3	月 日	運動			
		栄養			
		口腔			
		認知			
4	月 日	運動			
		栄養			
		口腔			
		認知			
5	月 日	運動			
		栄養			
		口腔			
		認知			
6	月 日	運動			
		栄養			
		口腔			
		認知			

※ プログラム欄は、実施する場合に○印を記入してください

(2) 従事職員一覧

職種・資格名		看護師	運動 指導士	管理 栄養士	歯科 衛生士	アシス タント	従事職員 実人数
プログラム		運動	運動	栄養	口腔	運動	合 計
1回	月 日	人	人	人	人	人	人
2回	月 日	人	人	人	人	人	人
3回	月 日	人	人	人	人	人	人
4回	月 日	人	人	人	人	人	人
5回	月 日	人	人	人	人	人	人
6回	月 日	人	人	人	人	人	人

※ プログラムの欄には、主に従事するプログラム名（運動・栄養・口腔）を記入してください

プログラム	中心となる担当者			
	職種・資格名	氏 名	経験年数	雇用形態
運動器の機能向上	健康運動指導士			
栄 養 改 善	管理栄養士			
口 腔 機 能 の 向 上	歯科衛生士			
運動器の機能向上	看護師			

※ 雇用形態の欄は、常勤、非常勤、派遣等を記入してください。

※ プログラムの責任者と実施責任者が異なる場合は、複数の職員を記載してもかまいません。