

# フレイル予防教室

## 今日からできる健康長寿のポイント ～「通いの場」を始めよう～

無料

「フレイル」とは「介護が必要になる一歩手前」の状態のことです。  
「通いの場」とは、地域の住民同士が気軽に集い、「フレイル予防」を実践できる活動の場のことです。また、参加者同士で一緒に活動内容を企画し、ふれあうことで「仲間づくり」「地域づくり」の輪を広げる場となります。  
皆さまが“元気にいきいきと”“笑顔で過ごせるように”「フレイル予防」や「通いの場」についてフレイル予防教室で詳しくお話しします。当日、会場でお待ちしております。

| 開催日      | 開始時間  | 会場                 | 申込期間   |
|----------|-------|--------------------|--------|
| 4月4日（金）  | 14：00 | 荏原第五区民集会所（第1集会室）   | 3/11～  |
| 5月7日（水）  | 14：00 | 東大井区民集会所（第6集会室）    | 4/11～  |
| 6月5日（木）  | 14：00 | 荏原第三区民集会所（第1集会室）   | 5/11～  |
| 7月1日（火）  | 14：00 | 大崎第二区民集会所（第2集会室）   | 6/11～  |
| 8月4日（月）  | 14：00 | 八潮区民集会所（レクホール）     | 7/11～  |
| 9月2日（火）  | 14：00 | 大井第三区民集会所（第2集会室）   | 8/21～  |
| 10月3日（金） | 14：00 | 荏原第一区民集会所（第1集会室）   | 9/11～  |
| 11月5日（水） | 14：00 | 東品川ゆうゆうプラザ（レク室1・2） | 10/11～ |
| 12月4日（木） | 14：00 | 荏原第四区民集会所（第1集会室）   | 11/11～ |
| 1月6日（火）  | 14：00 | 大崎第一区民集会所（第1集会室）   | 12/11～ |
| 2月5日（木）  | 14：00 | 荏原第二区民集会所（第1集会室）   | 1/11～  |
| 3月2日（月）  | 14：00 | 北品川ゆうゆうプラザ（レク室1）   | 2/11～  |
| 3月4日（水）  | 14：00 | 大井第二区民集会所（第1・2集会室） | 2/11～  |

※終了時間は15：30を予定しています

参加をご希望される方は、電話またはFAXでお申し込み下さい。

※電話でのお申し込みの場合、裏面の「参加申込書」の内容をお伝えください。

※FAXでのお申し込みの場合、裏面の「参加申込書」をご使用ください。

申し込み・問い合わせ：品川区役所高齢者地域支援課 介護予防推進係

☎ 03（5472）6733

FAX 03（5472）6882

# 令和7年度フレイル予防教室 参加申込書

下記の必要事項をご記入いただき、  
品川区高齢者地域支援課宛 FAX にてお申込みください。  
【FAX  03(5742)6882】

※FAX での送付が難しい場合は、お電話にてお申込みください。  
※団体でお申込みの場合、住所・電話番号は代表者のみ記入いただき、  
代表者以外は氏名のみご記入ください。

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 氏名（代表者名）                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 住 所                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 電話番号                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 参加希望日<br>※参加希望日にチェック<br>してください。 | <input type="checkbox"/> 4/4（金） <input type="checkbox"/> 5/7（水） <input type="checkbox"/> 6/5（木）<br><input type="checkbox"/> 7/1（火） <input type="checkbox"/> 8/4（月） <input type="checkbox"/> 9/2（火）<br><input type="checkbox"/> 10/3（金） <input type="checkbox"/> 11/5（水） <input type="checkbox"/> 12/4（木）<br><input type="checkbox"/> 1/6（火） <input type="checkbox"/> 2/5（木） <input type="checkbox"/> 3/2（月）<br><input type="checkbox"/> 3/4（水） |

※団体で申込みの場合、代表者以外の方の氏名を下記にご記入ください。

|     |  |
|-----|--|
| 氏 名 |  |
| 氏 名 |  |

## 【問い合わせ・電話申込先】

品川区 高齢者地域支援課 介護予防推進係  
TEL 03(5742)6733