

(送付先) 喜多方市役所 社会福祉課 地域包括ケア推進室 地域包括ケア推進班
 〒966-8601 喜多方市字御清水東7244番地2
 TEL 0241-24-5257 FAX 0241-24-5286

認知症サポーター養成講座 開催希望申込書

太枠内に必要事項を記入してください。

申込日 令和 年 月 日

申込者氏名 申込団体名			
住 所・所在地			
連 絡 先	電 話		FAX
担 当 者 氏 名		受 講 予 定 者 数	名 (年代: 代)
開 催 希 望 日 時	令和 年 月 日 () 時 分 から 時 分まで		
開 催 場 所 および 使 用 機 材	名 称 (所在地)		
	機 材	スクリーン 【 有 無 】 プロジェクター【 有 (音声出力 可 不可) 無 】 ノートパソコン【 有 (DVD読込 可 不可) 無 】	
受 講 対 象 者 区 分 該当する番号に○を付けてください。また()内には具体的に記入ください。	1 住民：民生委員・老人クラブ・高齢者サロン・町内会・各種生涯学習・一般住民・その他 () 2 企業・職域団体 (業種:) 3 学校 [小学校・中学校・高等学校・大学・その他 ()] (学年 _____ 年) 4 介護事業所：居宅サービス職員、施設・居住系サービス職員 その他 () 5 その他 ()		
認 知 症 の 中 で 特 に 学 び たい 事 項	※カリキュラム編成のため、お選びください。(いくつでも) ・認知症の症状 ・認知症予防 ・受診する医療機関(診断・治療) ・相談窓口 ・認知症の人との接し方・対応方法 ・認知症介護をしている家族の気持ち ・認知症の人や家族が参加できる認知症カフェ ・その他 ()		

※上記の個人情報は、本講座開催のために用い、他の用途には使用しません。

注1) 開催日は希望に添えない場合がありますので、申込前にご相談願います。

注2) 準備の都合により、**開催日の30日前まで**に申し込みください。