

(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

記入例

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 〇年 〇月 〇日

申込者氏名 申込団体名	喜多方市役所		
住所・所在地	喜多方市字御清水東 7224 番地 2		
連絡先	電話	24-5257	FAX 24-5286
担当者氏名	喜多方 太郎		受講予定者数 20名(年代:60~80代)
開催希望日時	令和 〇年 〇月 〇日(月) 13時30分から 15時00分 まで		
開催場所 および 使用機材	名称 (所在地)	喜多方市字御清水東 7224 番地 2	
	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・ <u>高齢者サロ</u> 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こと	※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だけに用い、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。