

(送付先)喜多方市役所 高齢福祉課 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 0241-24-5242 FAX 0241-21-2197

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 ○年 ○月 ○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 ○年 ○月 ○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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 】 プロジェクター【有(音声出力 可 不可) <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 】 ノートパソコン【有 <input checked="" type="checkbox"/> (DVD読込 可 不可) 無 <input type="checkbox"/> 】	
受講対象者区分 <small>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。</small>	1 <input checked="" type="checkbox"/> 住民:民生委員・老人クラブ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症の人との接し方・対応方法 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症介護をしている家族の気持ち <input checked="" type="checkbox"/> 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。