

認知症サポーター養成講座開催依頼申請書（学校）

令和 年 月 日

盛岡市保健福祉部長寿社会課
認知症サポーター事務局 様

主催団体名 _____

代表者氏名 _____

連絡先住所 _____

連絡先氏名 _____

TEL: _____

FAX: _____

E-mail: _____

次のとおり認知症サポーター養成講座を開催したいので、申請します。

希望日時	第一希望 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 第二希望 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
対象者	学校 学年
開催場所 (住所・連絡先は上記と異なる場合のみ記入)	(会場名) (住所) (連絡先)
予定人数	生徒 名 (男性 名、女性 名) 教師 名 (男性 名、女性 名)
備考 (認知症の方と接する機会、経験したエピソード等)	

《開催について》

- 【内容】 認知症について正しい知識を知り、接するときのポイントや困ったときの相談窓口について知る事が出来ます。
- 【時間】 小学校は 45 分、中学校は 50 分からの開催が可能です。(基本は 90 分)
- 【費用】 無料
- 【講師】 担当の地域包括支援センター・介護支援センター・キャラバンメイト
- 【対象者】 盛岡市内に在住・在勤・在学の方 10 名以上の団体 (年齢制限はありません)

【お問合せ】 盛岡市長寿社会課地域ケア係 電話 019-613-8144 FAX 019-653-2839