認知症サポーター養成講座開催依頼申請書（一般）

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 |  |
| 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 | 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】　原則90分

【費　用】　無料

※30人以上の受講者からテキスト代と送料がかかります。詳しくはお問合せください。

【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