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

盛岡市内地域包括支援センター　様　※いずれかに〇

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

等について学びます。

【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

* 標準テキスト及び認知症サポーターカードを配付します。その他啓発資材を希

望する場合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（原則10名以上、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