

様式 1

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

盛岡市内地域包括支援センター 様 ※いずれかに○

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

※ 標準テキスト及び認知症サポーターカードを配布します。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】 盛岡市内に居住・通勤・通学・通所等している方（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