FAX 送付先　　0852-55-5205　（松江市健康政策課　地域包括ケア推進係）

# 認知症サポーター養成講座開催申込書

※は必須項目です。

| | | |
|---|---|---|
| 提出日※ | | 令和　　年　　月　　日 |
| 実施団体 | 団体名※ | |
| | 担当部署 | |
| | 担当者※ | |
| | 電話番号※ | |
| | ＦＡＸ番号 | |
| | e-mail | |
| 日時※ | | 令和　　年　　月　　日（　　曜日）<br>時　　分　～　　時　　分<br>未定（　　年　　月頃） |
| 開催場所※ | 会場名 | |
| | 所在地 | |
| | 設備<br>（使用可能なものにチェック） | □ビデオ　□DVD　□プロジェクター<br>□パソコン　□スクリーン　□設備なし |
| 受講予定人数※ | | |
| 講師（キャラバンメイト）※ | | □調整済み（講師名　　）　□未調整（市で調整） |
| その他<br>（受講者の構成や、講座の目的等をご記入ください。） | | |

**【認知症サポーター養成講座のプログラム例】**

●認知症に対する取り組み　15 分
●認知症を理解する　30 分
●認知症の人への接し方　30 分
●認知症サポーターとは　15 分

講座の時間は、1 時間半～2 時間です。
時間設定については、相談させていただきます。

【注意事項】

1．本申込書は、できるだけ開催 1 カ月前までに提出してください。
2．提出先　〒690-8540　松江市末次町 86　松江市健康政策課　地域包括ケア推進係
　　Fax 0852-55-5205　　Tel 0852-55-5568
3．後日、テキストや講師情報等について、市の担当者から連絡をします。