

【FAX 送付先】 0852-55-6186（松江市介護保険課 介護予防係）

## 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（ ） 時 分 ～ 時 分 未定（ 年 月頃）
開催場所※	会場名	
	所在地	
	設備 (使用可能なものにチェック)	<input type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> 設備なし
受講予定人数※		名
講師(キャラバンメイト)※		<input type="checkbox"/> 調整済み(講師名:   ) <input type="checkbox"/> 未調整(市で調整)
その他 (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 松江市介護保険課 介護予防係  
**Fax 0852-55-6186   Tel 0852-55-5568**（市場、大藤）
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。