認知症サポーター養成講座申込書

申込日:　年　月　日

企業・団体名		
団体の区分 当てはまるものに O		1)住民　2)企業・職域団体　3)その他〔　　〕
参加人数(予定)		人
代表者 連絡先	氏名	
	住所	(電話　　-　　)
希望日時	第1希望	年 月 日( )午前・午後 時 分から 時 分まで
	第2希望	年 月 日( )午前・午後 時 分から 時 分まで
会 場	名 称 所在地	
	用意できる ものに O	テレビ　DVD プレーヤー　プロジェクター　パソコン スクリーン　ホワイトボード　マイク・スピーカー　机　椅子

チェックをお願いします。

□ 上記、申込みの情報を認知症キャラバン・メイト(※)に提供することに、同意する。

※研修を受け、「認知症サポーター養成講座」の企画、立案を担い、講師役を務めていただく福祉施設職員

参加者について、当てはまるものすべてに○をつけてください。

1）年齢　10 代 ・ 20 代 ・ 30 代 ・ 40 代 ・ 50 代 ・ 60 代 ・ 70 代 ・ 80 代～

2）性別　男性のみ ・ 女性のみ ・ 男女とも参加できる

3）今まで、認知症について学ぶ機会はありましたか？

（　）認知症について学んだことがあり、おおよそ分かる。

（　）認知症について聞いたことはあるが、まだ良く分からない。

（　）認知症について聞く機会がなく、ほとんど分からない。

4）その他　講座で聞きたいこと、要望などありましたらお書きください。

◎申請書は、原則開催希望日の 2 か月前までにご提出ください。