（事務局：介護保険課　行き　：FAX 0898-34-5077）

**□認知症サポーター養成講座**

**開催申込書**

**（希望する方に☑）**

**□認知症サポーターステップアップ講座**

申込日　令和　　年　　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申込団体名 |  |
| 住所・所在地 | 〒　　－　　　 |
| 連絡先 | 電話 |  | ＦＡＸ |  |
| 代表者氏名 |  | E-mail |  |
| 受講予定者数 | 　　　　　　　　名　（男性　　　　名、女性　　　　名） |
| 開催希望日時（第2希望まで） | ①令和　年　　月　　日　　時　　分から　　時　　分まで |
| ②令和　年　　月　　日　　時　　分から　　時　　分まで |
| 開催場所 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒　　－　　 |
| 受講対象者区分 | □　住民□　企業・職域団体（業種　　　　　　　　　　　　　　　）□　学校【小学校・中学校・高等学校・その他（　　　　　　）】□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　介護保険サービス事業者 |
| 備考 | （講座開催にあたっての希望等） |
| （ステップアップ講座のみ）認知症サポーター養成講座受講年月日　　　年　　月　　日 |

※　上記の個人情報は、本講座開催のためにだけ用い、他の用途には用いません。

（認知症サポーター養成講座　お申込についての注意事項）

（１）　申込条件

* 受講予定者数は、おおむね５人以上からの申込を承ります。
* 会場の手配は、申込者でお願いします。
* 講座では、ＤＶＤ上映がありますので、**可能な限り**会場内で機材の用意をお願いします。
* 講師料、資料代は無料です。
* 実施日時は原則、月曜日～金曜日（祝日を除く）午前8時30分～午後5時15分です。時間外での実施をご希望の場合は、別途事務局までご相談ください。
* 講座にかかる標準時間は90分です。極端に短い時間での講座はご希望に添えない場合がありますのでご容赦願います。

（２）申込方法について

●　お申込は、準備等の都合により、開催予定日の約30日前までにお願いします。

●　「認知症サポーター養成講座開催申込書」に必要事項を記入のうえ、今治市役所介護保険課へ、窓口、ＦＡＸ、メールいずれかの方法で提出してください。申込後、事務局より申込団体へ確認のご連絡を致します。

（３）派遣講師について

●　講座の講師は、愛媛県もしくは今治市の主催する専門の研修を受講し、認知症に対する正しい知識と具体的な対応方法を取得した「キャラバン・メイト」が務めます。

●　開催申込書受付後、事務局が調整を取り、キャラバン・メイトを派遣します。

（４）講座内容

* 各講座の基本的な内容になります。ご希望により、各項目の割合は変更できます。

|  |  |
| --- | --- |
| 認知症サポーター養成講座 | 認知症サポーターステップアップ講座 |
| ・認知症とは？・認知症の症状（中核症状、行動・心理症状とその支援）・認知症の診断・治療・認知症の予防についての考え方・認知症の人と接するときの心がまえ・認知症の人への支援とは・認知症介護をしている家族の気持ちを理解する。・認知症サポーターのできること（地域で・はたらく場面で・家族の人は） | ・認知症の理解を深める（認知症の症状の原因、対応のポイント）・認知症の発症リスクを減らす（認知症発症のリスクを少なくする「認知症予防」について）・認知症サポーターの活動事例（認知症について正しい知識を身につけたサポーターの自主的な先進事例の紹介） |