

認知症サポーター 養成講座 『出前』うけたまわりマス。

へい、おまちー♪



認知症という病気を知り正しく学べる『認知症サポーター養成講座』を、企業・団体、学校や地域の集まりなどで開催してみませんか？お申し込み頂くと、ご指定の日時・会場に講師を派遣し、認知症サポーター養成講座を開催できます。

対象と人数 / 鹿児島市内在住または通勤・通学している 10 名以上の集まり

日 時 / お申込時、ご希望の開催日時をご記入下さい

配布物 / テキストと『認知症サポーターカード』

費 用 / 無 料

お 申 込 / 裏面のお申込用紙に必要事項を明記のうえ FAX にてお送り下さい。
※ 原則、開催予定日より 1 ヶ月前にお申込ください。

テキストは
小・中学生用もあるから
安心です。



FAX送信先

099-813-1041

講座は WEB でも開催できます！

出前講座は、Zoom、Teams 等、双方向コミュニケーションが可能なアプリケーションによる WEB 開催も可能です。

※ 機材、ネット環境、会場等は申込者側にて準備いただきます。



(送付先) 長寿あんしん相談センター本部 (地域包括支援センター本部)
 FAX : 099-813-1041
 〒890-0062 鹿児島市与次郎1丁目10番6号1階(TEL:099-813-8555)

認知症サポーター養成講座申込書

太枠内に必要事項を記入してください。

※受講対象者は、鹿児島市在住または、市内の学校・企業等に通勤通学されている方が対象です。

※講座終了後は、受講者の氏名、年代、性別、住所、連絡先が記載された名簿の提出が必要です。

※申込書記載の個人情報は、本講座実施のためにだけ使い、他の用途には使いません。

申込日：		年	月	日				
申込グループ名					担当者氏名			
住所・所在地		〒						
連絡先	電話				FAX			
	E-mail							
受講対象者					受講 予定者数	人		
受講対象者区分 該当する番号に○を付けてください		1 住民グループ			2 企業・職域団体 (業種)			
		3 学校 [小学校・中学校・高等学校・その他 ()]			(学年____年)			
		4 行政			5 介護サービス			
実施希望日時		第1希望	年	月	日 ()	時	分から 時 分まで	
※実施希望日の 30日前までに お申込みください。		第2希望	年	月	日 ()	時	分から 時 分まで	
		第3希望	年	月	日 ()	時	分から 時 分まで	
実施場所		会場名						
		会場設備 該当する番号に○を 付けてください。	1 DVDが視聴できる設備がある (テレビ・DVDプレイヤー・スクリーン・プロジェクター・パソコン) 2 DVDが視聴できる設備はない 3 講師用駐車場 (あり ・ なし)					
		所在地	〒					
教材等の 受取について		受渡し方法	・長寿あんしん相談センター () で受取り希望 ・都合により送付希望の方は下記フォームを記入					
		送付先	送付先名称					
			受取人氏名					
			送付先 TEL					
			送付先住所	〒				
講座を知ったきっかけ								