

「認知症サポーターステップアップ講座」申込書

本講座は、認知症サポーターの学びを深めるための講座であり、オレンジリングは交付しませんので、あらかじめご了承ください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|---|---|--|----------|----------------|-------------|------------|-------|------|--------|---------|-------------|-----------------|---------|------------|
| 団体名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 参加予定人数 | | 人 | | | | | | | | | | | | | | |
| 講座の種類 (いずれかに○を付けてください) | | A 認知症の理解を深める B 認知症の発症リスクを減らす C 認知症の方への対応のしかた | | | | | | | | | | | | | | |
| 参加者分類 (該当するものを○で囲んでください) | | <table border="0"> <tr> <td>1 一般地域住民</td> <td>6 NPO・ボランティア団体</td> </tr> <tr> <td>2 校(地)区社協役員</td> <td>7 職域団体 ()</td> </tr> <tr> <td>福祉協力員</td> <td>8 学校</td> </tr> <tr> <td>3 民生委員</td> <td>9 行政関係者</td> </tr> <tr> <td>4 自治会・町内会役員</td> <td>10 企業(介護事業所を除く)</td> </tr> <tr> <td>5 老人クラブ</td> <td>11 その他 ()</td> </tr> </table> | | | 1 一般地域住民 | 6 NPO・ボランティア団体 | 2 校(地)区社協役員 | 7 職域団体 () | 福祉協力員 | 8 学校 | 3 民生委員 | 9 行政関係者 | 4 自治会・町内会役員 | 10 企業(介護事業所を除く) | 5 老人クラブ | 11 その他 () |
| 1 一般地域住民 | 6 NPO・ボランティア団体 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 校(地)区社協役員 | 7 職域団体 () | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉協力員 | 8 学校 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 民生委員 | 9 行政関係者 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 自治会・町内会役員 | 10 企業(介護事業所を除く) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 老人クラブ | 11 その他 () | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 住所 | (〒 -) | | | | | | | | | | | | | | |
| | | (Tel. - 、 Fax. -) | | | | | | | | | | | | | | |
| | 担当者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 講演希望 | 日時 | 令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分 (講演 時間 分) | | | | | | | | | | | | | | |
| | 会場名 | 電話番号 | - | | | | | | | | | | | | | |
| | 会場所在地 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 講演について、ご希望があれば記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | |

研修開催団体の公開(市ホームページ掲載)について(いずれかに○)

| | |
|------------|-----------|
| 希望する・希望しない | 掲載する場合の名称 |
|------------|-----------|

※太枠内に記入後、「北九州市認知症サポーターキャラバン事務局」までFAXまたは郵便でお送りください。

事務局記入欄

| | | | |
|-------|---------------|-------|--|
| □受付日時 | 令和 年 月 日 (曜日) | 受付担当者 | <input type="checkbox"/> 講師決定通知 <input type="checkbox"/> 講師依頼文 <input type="checkbox"/> DVD使用 <input type="checkbox"/> PPT使用 <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> スピーカー <input type="checkbox"/> PJ <input type="checkbox"/> DVDPJ <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> 駐車場(有・無・予約 台) <input type="checkbox"/> 資料配達(/ :) <input type="checkbox"/> その他 |
| | 時 分～ 時 分 | | |
| 決定 | □日時 | 処理経過 | |
| | □講師 | | (氏名) |

PC=パソコン、PJ=プロジェクター、DVDPJ=DVDプロジェクター、PPT=パワーポイント

【お申し込み・お問い合わせ先】

北九州市認知症サポーターキャラバン事務局 (北九州市社会福祉協議会 生活支援部 生活福祉課)

Tel. 873-1296 Fax. 873-1351

〒804-0067 北九州市戸畑区汐井町1-6 ウェルとばた8階

受付番号