認知症サポーター養成講座　受講申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講団体名 |  | 代表者氏名 |  |
| 電話番号 | ＦＡＸ番号 |
| メールアドレス |  |
| 会場 |  | 受講予定人数 |  |
| 受講希望日 | 第一希望第二希望第三希望 | 平成　　年　　月　　日　　　　時　　分～　　時　　分平成　　年　　月　　日　　　　時　　分～　　時　　分平成　　年　　月　　日　　　　時　　分～　　時　　分 |
| テレビ（○で囲んでください） | 有・無 | ＤＶＤ再生機（○で囲んでください） | 有・無 |
| 特に聞いてみたいこと（番号を○で囲んでください） | 1. 認知症の症状とは
2. 認知症の診断・治療
3. 認知症予防について
4. 認知症の人と接するときの心構え
5. 認知症の介護をしている人の気持ちの理解
6. 支援の制度や相談先
7. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| その他連絡事項 |  |

  **必要事項を記入の上、開催希望日の一か月前までに下田市役所内「地域包括支援センター」に提出してください。**

|  |
| --- |
| 下田市地域包括支援センター〒４１５－８５０１静岡県下田市東本郷１丁目5番１８号電　話０５５８－３６－４１４６Ｆａｘ０５５８－２２－１０３０ |