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０５５８－３６－４１４６  Ｆａｘ０５５８－２２－１０３０ |