

## キャラバン・メイト養成研修 参加者募集！

地域への認知症の普及啓発を目的に実施される『認知症サポーター養成講座』。その講師『キャラバン・メイト』の養成を目的に、『認知症キャラバン・メイト養成研修』を開催いたします。

●日 時

平成27年7月5日（日）

9時30分～17時00分

●会 場

猪名川町総合福祉センター  
（ゆうあいセンター）

●研修内容

- 1 認知症サポーター100万人キャラバンの取り組み
- 2 認知症を理解する
- 3 認知症の人や家族を支える
- 4 キャラバン・メイトの役割と講座運営 等

●定 員

40名

（申込み多数の場合は抽選。受講の可否は申込者全員に郵送で通知します。）

●資 格

裏面申込書にある受講要件1～5のいずれかに該当し、研修終了後にボランティアとして猪名川町内で年間3回以上『認知症サポーター養成講座』の講師役ができる方。

●申 込

裏面申込書に必要事項を記入の上、FAXまたは郵送で申し込み。

《×切》平成27年6月26日（金）必着。

『認知症サポーター養成講座』とは

認知症になっても安心して暮らせる町を住民の手でつくっていくことを目指して、認知症についての基礎知識を学び、認知症の人やそのご家族への理解者を増やしていく全国的な普及啓発活動です。

平成27年3月末現在、全国で610万人の認知症サポーターが養成されています。猪名川町でも、1,585人の認知症サポーターが誕生。

当日の昼食は、各自ご準備いただくか、会場1Fの食堂をご利用ください。

【問合せ・申込み】

（福）猪名川町社会福祉協議会 内  
猪名川町地域包括支援センター

〒666-0236 猪名川町北田原字南山14-2

TEL：072-766-1200

FAX：072-766-8511



<平成27年7月5日（日）開催>

## キャラバン・メイト養成研修受講申込書

（FAXでの申込み先）

×切日：平成27年6月26日（金）

FAX：072-766-8511

猪名川町地域包括支援センター 担当 行

事務処理欄	No. _____
	受付 _____ 月 _____ 日

申込日：平成27年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな			
氏名			生年月日 年 月 日
受講者要件	1～5の該当する番号に○をつけてください。 1. 認知症介護指導者養成研修の修了者 2. 認知症介護実践リーダー研修 （実務者研修・専門課程）の修了者 3. 介護相談員 4. （社）認知症の人と家族の会 会員 5. 1～6に準ずると自治体等が認めた者（該当するものに○を） 5-1 行政職員 5-2 地域包括支援センター職員 5-3 介護従事者（ケアマネジャー、施設職員等） 5-4 医療従事者（医師、看護師等） 5-5 民生委員児童委員 5-6 その他（ボランティア等）		
連絡先			
住所	自宅 ・ 勤務先 （どちらかに○をつけてください）		
	〒 _____	都・道・府・県 _____	市・区・郡 _____
	（勤務先名： _____）		
電話	_____	_____	
FAX	_____	_____	
E-mail			

※記載事項は「全国キャラバン・メイト連絡協議会」および「猪名川町キャラバン・メイト」に登録される内容です。

※登録内容は、認知症サポーター100万人キャラバンの活動目的以外に使われることはありません。