

認知症キャラバン・メイト養成研修2016申込書（7/3（日）必着）

申込書にご記入の上、**7月3日（日）**必着

下記まで**メール・ＦＡＸ・郵送**のいずれかでお申し込み下さい。

**宛先：　認定NPO法人　市民セクターよこはま**(担当：落合)

**〒231-0011　横浜市中区太田町4-49　ＮＧＳ横濱馬車道802**

**FAX： 045-222-6502　　　E-mail： mate@shimin-sector.jp**

※いただいた個人情報は本研修の実施以外には使用致しません。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | 主に活動  される区 | 区 | |
| お 名 前 |  | | | |
| ご 住 所 | 〒 | | | | | | |
| 連 絡 先 | ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：  E-mail： | | | | | | |
| 年 代  （当てはまる  年代に◯） | ～20代 | 30代 | 40代 | 50代 | 60代 | 70代 | 80代～ |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ご 所 属 等  （ありましたら） |  | | | | | | |
| 職 種 等  （当てはまる  ものに○） | （　　）民生委員・児童委員　　　　　 （　　）介護従事者  （　　）ボランティアグループ　　　　 （　　）医療従事者  （　　）自治会・町内会／連合町内会　 （　　）社会福祉協議会職員  （　　）地区社協　　　　　　　　　　　（　　）地域ケアプラザ／地域包括支援センター　（　　）その他［　　　　　　 　　　］  ※認知症についての基礎的な知識をお持ちの方に限らせていただきます。 | | | | | | |
| 受講希望日 | 月　日 | | 希望 | ※第1希望を①、以下②③とご記入ください。  ※**定員を超えた場合は抽選となります。**参加の  可否とコースは**、7月20日（水）**までにハガキでお知らせいたします。  ※できるだけ第2・3希望までご記入ください。  （参加して頂ける可能性が高まります。） | | | |
| 8月3日(水) | |  |
| 8月30日(火) | |  |
| 9月14日(水) | |  |
| 受講動機  （当てはまる  ものに○） | 認知症キャラバン・メイトになって、やりたいことはありますか？  （　　）認知症サポーター養成講座を開催したい  （　　）認知症の人たちが集える場を作りたい  （　　）認知症カフェ・介護者の集い・ケアラーズカフェを作りたい  （　　）上記のお手伝いをしたい  （　　）ご近所にいる認知症の方（家族の方）のお手伝いがしたい  ( )  そのほか | | | | | | |