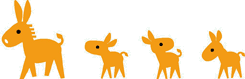
『 認 知 症 サ ポータ ー養 成 講座』

**を 受 け て み ま せ ん か ？**

認知症について、正しく理解しましょう！

認知症は、誰にでも起こる可能性のある脳の病気です。

阿南市では、認知症を正しく理解をしていただき、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らしていけるまちづくりのため、『認知症サポーター』を養成しています。

**✿認知症サポーターは、認知症の方やそのご家族を温かく見守る方です。**

認知症サポーター養成講座では、認知症の症状や認知症の方への声かけ等を学びます。認知症サポーターは、正しい知識を持って、認知症の方やそのご家族を温かく見守ることで、住み慣れた地域で暮らせるように支える方をいいます。

✿認知症サポーターになるには、『認知症サポーター養成講座』を受講してください。

『認知症サポーター養成講座』は１時間から１時間３０分程度の講座で、無料で受講できます。サポーターの証として**オレンジリング**をお渡しします。

**✿認知症サポーター養成講座に、いつでもお申込みください。**

○１０人以上の受講者がいる場合

地域の集会や会社の勉強会、学校など人が集まる機会に認知症サポーター養成講座を開催することができます。下記、**『認知症サポーター養成講座申込書』**に必要事項を記載し、地域共生推進課にお申込みください。

※講座の会場をご準備いただくことになります。

※講座開催希望日の３週間前までにお申し込みください。

**✿**お申し込み・お問い合わせは阿南市地域共生推進課　高齢福祉係へ。

○９人以下の場合

お申し込み・お問い合わせは

阿南市地域共生推進課　高齢福祉係まで

**電　 話：0884-22-3440**

**ﾌｧｸﾘﾐﾘ：0884-22-1813**

　 地域共生推進課へご相談下さい。

**[](http://www.city.anan.tokushima.jp/docs/2014012100038/files/0009.gif)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 『認知症サポーター養成講座申込書』 　　　　　　　　　　　　 申込日：令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| ふりがな |  | |
| 申込者氏名 |  | |
| 連絡先 | 〒 | |
| ※必ず連絡のつくところをご記入下さい。 | 住　　所 | |
| 電　　話：　　　　　　　　　　 　　 ﾌｧｸﾘﾐﾘ： | |
| Eメール： | |
| 希望日時 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日　　　　曜日 | |
| 午前・午後　　　　時　　　　分　　～　　　　時　　　　分 | |
| ※講座の所要時間は約１時間～１時間半です。 | |
| 講座希望団体名 | ※団体名が特にない場合は、どのような集まりか簡単にご記入下さい。 | |
| 実施場所 | 住所 | |
| 名称 | |
| 参加予定人数 | 人 | |
| キャラバン・メイト（講師） | ※希望があれば、ご記入ください。 | |
| 申込者が準備できるものに〇を付けてください。 | ・パソコン ・スクリーン　　　・プロジェクター ※上記３つの物品をお持ちでない場合は、地域共生推進課から貸し出します。 | |
| **✿お申し込みは、郵送、ﾌｧｸﾘﾐﾘ、Ｅメールで受け付けております。**  **申込先：阿南市保健福祉部　地域共生推進課　高齢福祉係**  **住　 所：阿南市富岡町トノ町12番地3**  **電 話：0884-22-3440**  **ﾌｧｸﾘﾐﾘ ：0884-22-1813**  **Eメール：chikyo@anan.i-tokushima.jp**   |  | | --- | |  | | | |
|  | | |
| オレンジリング 　認知症 に対する画像結果 |
|  |
|  | | |  |
|  | | |  |
| ✿講師決定後、地域共生推進課から「阿南市認知症サポーター養成講座決定通知」を通知します。  講座開催の詳細については、直接講師と調整をお願いします。  ✿この申込書に記載された情報については、阿南市及び講座の講師となる者が取扱うものであり、それ以外の目的で使用するものではありません。 | | | |
|
|