

認知症キャラバンメイト養成研修受講申込書

申込日：平成 年 月 日

認知症キャラバンメイトとは、地域で暮らす認知症の人やその家族をあたたかく見守り、応援する「認知症サポーター」を養成する講座の講師として講座を開催することを役割とし、その活動の精神はボランティアです。

また、認知症キャラバンメイトは特別な資格ではありませんので、取得により個人的な利益等が生じることはありません。

今回の研修は、岡崎市が認知症のかたやその家族にとって安心できる地域づくりを目的とした事業の一環ですので、その意志のあるかたを優先させていただきます。そのため、個人的なスキルアップ等を目的とした受講は固くお断りさせていただきます。

上記に同意します

はい いいえ

ふりがな 氏名	性別	生年月日
	男・女	昭・平 年 月 日
受講者要件 該当するNo.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）修了者 3. 介護相談員 4. （社）認知症の人と家族の会 会員 5. 1～5に準ずると自治体が認めた者（該当するものに○をつけてください） 5-1 行政職員 5-2 医療従事者（医師、看護師等） 5-3 介護従事者（ケアマネジャー、施設職員等） 5-4 民生児童委員 5-5 その他（ ）	
住所 (連絡先)	〒 ー (勤務先名：)	
電話番号 (ファクス)		
E-mail		

認知症キャラバン・メイト養成研修受講希望者調査票

1 認知症キャラバン・メイトの講習受講を希望される理由を教えてください。(自由記載)

2 実際に認知症キャラバン・メイトとして年間5回程度の講座を開催するとは可能ですか。(○をつけてください。)

ア できる イ できない

3 活動できる日はいつですか。○をつけてください。(複数回答)

ア 平日昼間 イ 土日昼間 ウ 平日夜間 エ 土日夜間

4 人前で話をすることは得意ですか？

ア 得意 イ まあまあ得意 ウ 苦手

5 認知症キャラバン・メイトとしてどのようなかたを対象にサポーターの輪を広げていきたいですか。

6 自ら認知症に関心を持ち、情報を集めることはできますか？

ア できる イ できない

7 今回の研修が受講できなかった場合、次回研修が行われる際の連絡を希望しますか。

ア 希望する イ 希望しない